

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in die Tagespflege

1. Vor- und Zuname				
2. Geburtsdatum				
3. Benötigt der / die Patient /in Hilfe beim :				
Gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Essen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Ankleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
4. Ist der / die Patient /in :				
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
5. Treten nachts Unruhezustände auf?				
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
6. Ist der / die Patient /in bettlägerig?				
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
7. Liegt Inkontinenz vor?				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Dauerkatheder	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
8. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung) ?				
9. Besteht eine SuchtKrankheit (wenn ja, welche)?				
10. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?				
11. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?				
12. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen)				

13. Diagnose			
13 a. Künstliche Ernährung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> PEG - Sonde <input type="checkbox"/> Nasensonde
13 b. Pflegestufe (wurde eine Einstufung vorgenommen?)	<input type="checkbox"/> Ja in Stufe:	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
13 c. Wurde ein Antrag auf Einstufung gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein (beachte 13 c)		
14. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	<input type="checkbox"/> Ja am: Bei Pflegekasse: <input type="checkbox"/> Nein		
15. Ist Diät / Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)			
16. Tetanusimpfung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Letzte Impfung:
17. Hinweise, Bemerkungen			
Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person	Stempel und Unterschrift des Arztes		
Ort:			
Datum:			