

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	
Dauerkatheter	<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
13 b. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5			
13 c. Wurde ein Antrag auf Einstufung gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	am:	Bei Pflegekasse:	
	<input type="checkbox"/> Nein			
14. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?				
15. Ist Diät / Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)				
16. Tetanusimpfung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Letzte Impfung:	
17. bekannte Allergien, Unverträglichkeiten				
Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person	Stempel und Unterschrift des Arztes			
Ort:				
Datum:				