

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in die Tagespflege

<b>1. Vor- und Zuname</b>					
<b>2. Geburtsdatum</b>					
<b>3. Benötigt der / die Patient /in Hilfe beim :</b>					
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	
<b>4. Ist der / die Patient /in :</b>					
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	
<b>5. Treten nachts Unruhezustände auf?</b>					
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
<b>6. Ist der / die Patient /in bettlägerig?</b>					
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
<b>7. Liegt Inkontinenz vor</b>					
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			
<b>8. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)</b>					
<b>9. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)</b>					
<b>10. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)</b>					
<b>11. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)</b>					
<b>12. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC, Covid-19 (bitte genau bezeichnen)</b>					

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

