

Ärztlicher Fragebogen

Angaben zur Person

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Größe _____

Telefon _____ Gewicht _____

Empfohlene Unterbringung

- Kurzzeitpflege Verhinderungspflege Übergangspflege (§39c)
 Vollstationäre Pflege

Medizinische Informationen

Diagnosen

Infektionserkrankungen

- keine Chlostridien MRGN Hepatitis C HIV Pertussis
 Scabies TBC Zoster Sonstige: _____

Allergien / Unverträglichkeiten

- keine nicht bekannt Ja, _____
-

Suchtkrankheiten

- keine nicht bekannt Ja, _____
-

Wundmanagement

- akute Wunde _____
- chronische Wunden _____

Pflegerische Information

Patient benötigt Hilfe bei	Anleitung	Teilweise Übernahme	Volle Übernahme
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen / Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen / Hinlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel	Benötigt	Vorhanden	Beantragt	Zuständiges Sanitätshaus etc.
Sauerstoff-Konzentrator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anti-Dekubitus-Matratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kontinenz

- Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Katheter / suprapubischer Katheter
- Material vorhanden Material nicht vorhanden Rezept vorhanden

Bestehende Therapien

- Logopädie Ergotherapie Physiotherapie

COVID-19 Prävention

- Impfung erfolgt Datum, 1. Impfung _____ Datum, 2. Impfung _____
- Datum, 3. Impfung _____ Impfstoff _____
- Bewohner war bereits infiziert (vor max. 6 Monaten) Ja Nein

Behandelnder Arzt

Name _____

Telefon _____ Fax _____

Ort, Datum _____ Stempel und Unterschrift _____