



AWO Louis-Röll Seniorenzentrum

Gerhart-Hauptmann Str. 5, 95168 Marktleuthen

Tel.: 09285 / 9570

Fax: 09285 / 1016

Ärztlicher Fragebogen

Vor - und Zuname _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Pflegestufe: _____

Aufnahme / Verlegung _____

Datum / ggfls. Uhrzeit _____

Diagnosen:

bitte ankreuzen

pflegebegründende

Diagnosen:

Chronische Schmerzen?

Nein

Ja

_____ welcher Art ?

Aktuelle Medikation

(Bei Verlegung aus dem

Krankenhaus bitte für diesen

Tag Medikamente mitgeben)

Benötigt Hilfe bei

Körperpflege

Nein

Gelegentlich

Häufig

Dauernd

Mobilität

Besteht Bettlägrigkeit?

Kleidungswechsel

Nein

Gelegentlich

Häufig

Dauernd

Ausscheidung

Nahrungsaufnahme

PEG Sonde:

Nahrung tägl: _____ ml

Flüssigkeit tägl: _____ ml

Ist der/die Patient/in
desorientiert zu

Ort

Zeit

Person

Situation

Nein

Ja

Tag

Nacht

Unruhezustände ?

Freiheitseinschränkende
Maßnahmen ?

Nein

Ja

_____ welche

Allergien ?

Nein

Ja

welche: _____

Inkontinenz

Nein

Harn

Stuhl

Dauerkatheter

ja

nein

Einschränkungen des

Hörvermögens ja

nein

Sehvermögens ja

nein

Sprachvermögens ja

nein

Besteht eine körperliche Behinderung?

Nein Ja

_____ welche

Liegen psychische Störungen vor?

Nein Ja

Benötigt Hilfsmittel :

Rollator Rollstuhl Wechseldruckmatratze O² Gerät

sonstige _____

Besondere medizinische, pflegerische Versorgung?

(z.B. Dialyse, Tracheostomie,

künstliche Beatmung ?)

Nein Ja

_____ welche

Besteht eine Suchterkrankung?

Nein Ja

_____ welche

Wie ist die Gemütslage / seelische Verfassung ?

Bitte unbedingt ausfüllen

Bestehen ansteckende Krankheiten n.d. Infektionsschutzgesetz?

(z.B. Hepatitis A, B, C oder AIDS)

Nein Ja

_____ welche

Liegen Anzeichen für eine **ansteckende Lungentuberkulose** vor?

Nein Ja

Liegt eine **Infektion mit multiresistenten Keimen** vor? Welche?

Nein Ja

_____ welche

Wird aktuell behandelt mit:

Ist eine spezielle Diät erforderlich? (welche?)

Nein Ja

_____ welche

Sonstiges:

Welcher Arzt übernimmt die ärztliche Versorgung im Heim?

_____ Name

Stempel und Unterschrift des Arztes

Datum _____