

Ärztlicher Fragebogen

Vor/Zuname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen				
Treppensteigen				
Essen				
Waschen				
An/Auskleiden				
Rasieren/Frisieren				
Aufstehen/Zu Bett gehen				
Toilette benutzen				
Inkontinenz				
Unruhe am Tag				
Nächtl. Unruhe				
Patient/in bettlägerig				

Ist der /die Patient/in desorientiert?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Zeitlich				
Situativ				
Örtlich				
Persönlich				

Besteht eine Suchtkrankheit? Ja nein
Besteht eine ansteckende Krankheit? Ja nein
Besteht eine Körperbehinderung? Ja nein
Gibt es psychische Störungen? Ja nein

Ist derzeit eine Behandlungspflege erforderlich? (z.B.): Ja nein

Injektion: <input type="checkbox"/>	Wundbehandlung: <input type="checkbox"/>	Magensonde/PEG: <input type="checkbox"/>
Dauerkatheter: <input type="checkbox"/>	Kompressionsverbände: <input type="checkbox"/>	Anus praeter Versorgung: <input type="checkbox"/>

Liegt eine Diabetes mellitus Erkrankung vor? Ja nein
Schonkost erforderlich? Ja nein

Werden derzeit physikalische Therapien verordnet?

Ergo: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Logo: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sonstige: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Welche?
--	--	--	----------------

Diagnosen:

Dauermedikation / Dosierung

Medikament	Morgens	Mittags	Nachmit- tags	Abends	Nachts

Bitte spezielle Uhrzeiten der Einnahme mit eintragen

Bedarfsmedikation / Dosierung

Medikament	Einzel-dosis	Indikation/ Risikofaktoren	Maximal Dosis In 24h

Indikation z.B. bei Unruhe, bei welcher Schmerzsymptomatik usw.

Ort: _____

Datum: _____

 Unterschrift/Stempel des Arztes