



Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme/Kurzzeitpflege

Name.....Vorname.....

Geburtsdatum.....Familienstand.....

Anschrift.....PLZ/Ort.....

Aktuelle Diagnose(n).....

.....

.....

Letzte Medikation.....

.....

.....

.....

Angaben zu Erkrankungen / Einschränkungen

Bestehen ansteckende Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?.....

Multiresistente Keime? positiv negativ

Besteht eine Demenzerkrankung? ja nein

Ist die Mobilität eingeschränkt? ja nein

Wenn ja, in welcher
Form?.....

Ist die Patientin/der Patient bettlägrig? Ja nein

Angaben zu Erkrankungen / Einschränkungen

Ist Ihr Patient/Ihre Patientin bewusstseinsklar? ja nein

Ist die Kommunikation mit Ihrer Patientin/Ihrem Patienten eingeschränkt?

ja nein

Wenn ja, in welcher Form?.....

Bestehen Allergien ja nein

Wenn ja, welche?.....

Besteht eine Suchterkrankung? ja nein

Wenn ja, welche?.....

Besteht eine Schmerzsymptomatik? ja nein

Wenn ja, bedarf sie einer besonderen Therapie? ja nein

Wenn ja, welche Schmerztherapie wird empfohlen?

.....

Herzschrittmacher? ja nein

Marcumar ja nein

Unverträglichkeiten?.....

Prognose (voraussichtliche Entwicklung des AZ):

abnehmend gleichbleibend zunehmend unbestimmt

Ort.....Datum.....

.....

Unterschrift des Arztes/der Ärztin