



Bitte ausgefüllt an uns zurückfaxen - herzlichen Dank !!

► Fax: 09285 / 1016

Tel: 09285 / 957-0

## Seniorenzentrum Louis-Röll

Gerhart-Hauptmann Str. 5, 95168 Marktleuthen

### Ärztlicher Fragebogen

Vor - und Zuname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

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  Wecheldruckmatratze  O<sup>2</sup> Gerät  
sonstige \_\_\_\_\_

Besondere medizinische, pflegerische Versorgung?  Nein  Ja \_\_\_\_\_  
(z.B. Dialyse, Tracheostomie, künstliche Beatmung ?) welche

Besteht eine Suchterkrankung?  Nein  Ja \_\_\_\_\_  
welche

Wie ist die Gemütslage / seelische Verfassung ? \_\_\_\_\_

**Bitte unbedingt ausfüllen**

Bestehen ansteckende Krankheiten n.d. Infektionsschutzgesetz?  Nein  Ja \_\_\_\_\_  
(z.B. Hepatitis A, B, C oder AIDS) 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?  Nein  Ja \_\_\_\_\_  
(welche?) welche

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

Welcher Arzt übernimmt die ärztliche Versorgung im Heim? \_\_\_\_\_  
Name

Stempel und Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_ Datum