

Ärztlicher Fragebogen

zur Aufnahme in Einrichtungen

Vor- und Zuname Pflegergrad Geburtsdatum

Diagnosen:

Wunden: Wundort? Dekubitus Kategorie? Wundort?
 Einverstanden mit externer Wundschwester? Ja Nein
 Beatmungspflicht Trachealkanüle Sauerstoff/ Nasenbrille
 PEG: Portanlage: Dysphagie
 Größe? Gewicht?
 Unruhe: am Tag nachts Weglauftendenz: Ja Nein

Welche Medikamente müssen verabreicht werden? Besteht Insulinpflicht?

bekannte Allergien?

Bestehen ansteckende Krankheiten?
 MRSA/ESBL MRGN 3 4 akute Gastroenteritis HIV
 Scabies Läuse Hepatitis A B C

Andere Infektionen?

Sanierung begonnen?

Covid19 ja wann: _____ nein

Geimpft (Covid19)/Datum 1x _____ 2x _____ 3x _____

Liegen psychische Störungen vor (welcher Art)?

Besteht eine akute Suchtkrankheit (welche)?

Wie ist die seelische Verfassung (Gemütsstimmung)?

Harninkontinenz Stuhlinkontinenz ableitendes System Welches?

Ist der/die Patient/in orientiert?

zeitlich _____ örtlich _____ persönlich _____ situativ _____

Liegt Bettlägerigkeit vor? Ja Nein

Wobei ist Hilfe erforderlich?

	nicht	gelegentlich	häufig	dauernd		nicht	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen ohne/ mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilisation/ Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzung WC/ Toilettenstuhl o.a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasur/ Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen/ Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Waschen/ Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Hinweise/Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Datum _____

Unterschrift und Stempel des Arztes _____