

# Ärztlicher Fragebogen

(von der Hausärzteschaft auszufüllen)



**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:**   .   .

Tagespflege       Dauerpflege       Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

Empfohlene Unterbringung:       Wohnbereich       geschützte Abteilung

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

Angehörige:

\_\_\_\_\_  
Gesetzlicher Betreuer\*in/Name:

Patientenverfügung:  ja  nein

Generalvollmacht:  ja  nein

| Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen: |   |  |
|--|---|--|
| Gefähig                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe   |
| Treppensteigen möglich                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe   |
| Bettlägerig                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> ständig                           |
| Harnkontinenz                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter CH <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter |
| Stuhlkontinenz                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Stoma                        |
| Erhöhter Betreuungsbedarf                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Orientierungsstörung                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> zeitlich                         |
|  | <input type="checkbox"/> gelegentlich                     | <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> situativ                      |
| Weglauftendenz                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Suchtkrankheiten/Eigen-/Fremdgefährdung    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja folgende:  |
| Körperliche Behinderunge                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja folgende:  |

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| Geistig-seelische Störungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja folgende:  |
| Schwerhörigkeit             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| Sehbehinderung              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Blind                                   |
| Tag-/Nachtrhythmus gestört  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |

Diagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Port-Katheter                     ja     nein  
 Herzschrittmacher             ja     nein  
 Tracheostoma                    ja     nein  
 Sauerstoff                         ja     nein  
 PEG                                  ja     nein

Aktuelle Medikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Marcumarpflichtig             ja     nein  
 Insulinpflichtig                 ja     nein

Hilfe ist notwendig bei:       Essen/Trinken                     Aufstehen aus dem Bett  
     An- und Auskleiden                 Aufsuchen der Toilette  
     Gehen                                     Lagerung  
     Körperpflege

Wunden vorhanden:             ja     nein    wenn ja, folgende: \_\_\_\_\_

Allergien/Anfallsleiden:       nein                     ja, folgende: \_\_\_\_\_

Spezielle Diät:                     nein                     ja, folgende: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel:                         Toilettensitzerhöhung  
     Rollstuhl  
     Rollator  
     Gehstock / UAG

Frei von ansteckenden Krankheiten:

(auch ansteckungsfähige Lungentuberkulose gem. § 36 Abs. 4 IfGS)

ja  nein

Falls ja, zutreffendes ankreuzen:

MRSA/MRE/ORSA/VRE

HIV/AIDS

Hepatitis  B  C

Covid-19

An COVID-19 erkrankt:  ja  nein

Falls ja, wann: \_\_\_\_\_

COVID-19 geimpft:  ja  nein

Andere ansteckende Krankheiten:  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Impfungen:  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Impfpass vorhanden:  ja  nein

**Hinweise und Bemerkungen der behandelnden Ärzteschaft:**

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift