

# 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:
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja folgende:

Ärztlicher Fragebogen Seite 2

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 nein, 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