

**Ärztlicher Fragebogen**

**Aufnahme ab:** \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Besteht eine Suchtkrankheit?  ja  nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ist der/die Patient/in Träger von MRSA?  ja  nein

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC?  ja  nein

wenn ja, welche (bitte genau bezeichnen)? \_\_\_\_\_

Ist derzeit eine Allergie bekannt?  ja  nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ist derzeit ein Anfallsleiden bekannt?  ja  nein

wenn ja, welches: \_\_\_\_\_

Ist der/die Patient/in an Diabetes mellitus erkrankt?  ja  nein

Ist eine Medikamentengabe erforderlich?  ja  nein

wenn ja, Medikamentenplan anbei vom: \_\_\_\_\_

Liegen Informationen zu Schmerzen vor  ja  nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ist eine Inkontinenz bekannt?  ja  nein

wenn ja, welche:  Harninkontinenz  Stuhlinkontinenz

Besteht eine gerontopsychiatrische Veränderung?  ja  nein

wenn ja, Patient/in ist desorientiert  zeitlich  örtlich  situativ  persönlich

Besteht eine Störung im Tag- und Nachtrhythmus?  ja  nein

Weitere Diagnosen:

\_\_\_\_\_

Hinweise, Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort Datum

Unterschrift / Stempel des Arztes

Version: 0.1	Erstellung von: Lisa Komesker	Freigabe am: 24.04.2018 11:37	Freigabe von: Susanne Kuttig	Geltungsbereich:	Seite 1 von 1
-----------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------------	------------------