

# Ärztlicher Fragebogen



(Auszufüllen vom behandelnden Arzt)

Vor- / Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Diagnosen / Allergien:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liegen Krankheiten gem. (IfSG) § 36 Abs. 4 vor:  Ja  Nein

Sonstige Infektionen (z.B. multiresistente Erreger):  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Liegt ein Dekubitus/ Wunde vor:  Ja  Nein

Wenn ja: Wo: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Wundbehandlung: \_\_\_\_\_

**Der/ Die Pflegebedürftige ist:**

Örtlich orientiert?  Ja  Nein

Zeitlich orientiert?  Ja  Nein

Nachts ruhig?  Ja  Nein

Tags ruhig?  Ja  Nein

Motorische Unruhe?  Ja  Nein

Wenn ja, wie äußert sich diese

\_\_\_\_\_  
Gefähig?  Ja  mit Hilfe  
 Nein

Wenn mit Hilfe, welche \_\_\_\_\_

Bettlägerig?  Ja  Nein

Beherrscht die Urinausscheidung?  Ja  Nein

Beherrscht die Stuhlausscheidung?  Ja  Nein

Liegen gefährliche Eigenschaften vor?  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Suchtkrankheiten? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns die derzeitige Medikation mit:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

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

Bearbeitung: Nicole Sobek Verwaltung	Freigabe: Einrichtungsleiter	Version 4	08.01.2021	Seite 1
--	---------------------------------	-----------	------------	---------

Bearbeitung: Nicole Sobek Verwaltung	Freigabe: Einrichtungsleiter	Version 4	08.01.2021	Seite 1
--	---------------------------------	-----------	------------	---------