

# Ärztlicher Fragebogen

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Pflegegrad / seit

Gewicht, Datum

Größe, Datum

Hausarzt

Telefon

Krankenkasse

Versichertennummer

Meldepflichtige Erkrankungen (z. B. MRSA, Hepatitis)

zurzeit keine bekannt

Erklärung nach § 35 Absatz 5 Infektionsschutzgesetz\* – ansteckungsfähige  
Tuberkulose: Anhaltspunkte für Lungentuberkulose

zurzeit keine bekannt

Allergien / Unverträglichkeiten

zurzeit keine bekannt

Relevante Grundimmunisierungen nach Empfehlung der STIKO (Art, Datum)

zurzeit keine bekannt

**Wichtig!** Bitte auch Ausdrucke der aktuellen ärztlichen Verordnungen und Diagnosen beilegen.

Aktuelle Diagnosen:

Gibt es Hinweise auf suizidale Gedanken (Art, Datum)

zurzeit keine bekannt

# Informationssammlung

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

Dekubitus          Nein          Ja, wo: \_\_\_\_\_

Wunden            Nein          Ja, wo: \_\_\_\_\_

## I Essen und Trinken

Kostform \_\_\_\_\_

selbstständige Flüssigkeitsaufnahme      Ja      Nein

selbstständige Nahrungsaufnahme      Ja      Nein

Schluckstörungen      Ja      Nein

Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme  
erforderlich      Ja      Nein

Kontrolle der Nahrungsaufnahme  
erforderlich      Ja      Nein

## I Ausscheidung

selbstständige Toilettenbenutzung      Ja      Nein

Harninkontinenz      Ja      Nein

Blasenverweilkatheter      Ja      Nein

liegt seit \_\_\_\_\_

suprapubisch      transurethral      CH \_\_\_\_\_

Stuhlinkontinenz      Ja      Nein

Anus praeter      Ja      Nein

## I Unterstützung beim Waschen und Kleiden

Duschen / Baden      Ja      Nein

Mundhygiene      Ja      Nein

An- und Auskleiden      Ja      Nein

## I Einschränkungen in der Orientierung

zeitlich      örtlich

zur Person      situativ

zurzeit keine bekannt

## I Kommunikation

zurzeit keine Einschränkungen bekannt

Artikulations-/ Sprachstörungen

\_\_\_\_\_  
Sonstiges

## I Unterstützung bei der Mobilität

Sitzen      Ja      Nein

Gehen / Stehen      Ja      Nein

Bett aufsuchen / verlassen      Ja      Nein

Umlagern im Bett      Ja      Nein

Bettlägerig      Ja      Nein

## I Hilfsmittel

Brille

Hörgerät      links      rechts

Zahnprothese      oben      unten

Gehhilfe

Rollator      Rollstuhl

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes