

Ärztlicher Fragebogen

DRK Kreisverband Apolda e.V. Bereich stationäre Pflegeeinrichtungen Lessingstraße 95 99510 Apolda / Thür.	Eingangsvermerke der Einrichtungen
---	------------------------------------

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Benötigt der Patient Hilfe beim	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?				
Ist der Patient orientiert?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der Patient bettlägerig?				
zum Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Werden harnableitende Systeme verwendet				
zur Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Inkontinenz					Welche?				
Stuhlinkontinenz	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>					
Harninkontinenz	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>					

Wie wird die seelische Verfassung eingeschätzt

Liegt eine Suchtkrankheit vor, wenn ja welche?

Liegt eine körperliche Behinderung vor, wenn ja welche?

Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welcher Art?

bekannte Allergien?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Welche?	
Unverträglichkeiten?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Welche?	

Welche speziellen Therapieverfahren liegen vor (PEG-Sonde, Port, usw.)?

Ist eine Diät erforderlich

Diagnosen

Siehe Anlagen

Medikamentenplan	Name des Medikaments	Applikationsart	Früh	Mittag	Abend	Nacht
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Siehe Anlagen

Hinweise, Besonderheiten

Ärztliche Bescheinigung nach §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz IfSG

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Für Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen sollte nach Empfehlung der STIKO ein aktueller Impfschutz vorliegen:

	liegt vor	Impfung wird später durchgeführt	Impfung kann nicht erfolgen
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt eine Infektionskrankheit vor:	Ja	Nein		Ja	Nein
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonellenenteritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konjunktivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akute virusbedingter Infekt der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansteckende Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nähere Informationen bei MRSA (z.B. Lokalisation, Sanierungsversuch) bitte Abstrichbefund, als Anlage beifügen.
Ist der Patient Dauerausscheider: Ja Nein

Wenn ja bitte näher erläutern.

Liegt eine Pilzkrankung vor? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Liegt Parasitenbefall vor? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art?

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin