

Ärztlicher Fragebogen

(vom zuletzt behandelnden Haus- oder Krankenhausarzt auszufüllen)

Herrn / Frau: _____ geb. am _____

Wohnort: _____
(PLZ , Ort, Str. u. Haus-Nr., Tel.-Nr.)

Gesundheitszustand

1. Körpergewicht ca. _____ kg Körpergröße _____ cm
2. Welche Hilfsmittel (z.B. Herzschrittmacher, Colostomie, Rollstuhl, Tracheostoma) werden zur Zeit benötigt: _____

3. Erforderliche Sonderkost (z.B. Diät, Sondenernährung)

4. Schmerzpatient: ☐ ja ☐ nein
Lokalisation: _____
5. Ist eine laufende medikamentöse Behandlung erforderlich? ☐ ja ☐ nein

Medikament (Tropfen/ Injektionen)	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

6. Wunden: ☐ nein ☐ ja Wundart: _____
Schweregrad: _____
Lokalisation: _____
Art der Behandlung: _____
Wundheilung beeinflussende Faktoren: _____
Selbstmanagementkompetenzen: _____

7. Ist der Patient frei von Lungentuberkulose (s. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz IfSG)
☐ ja ☐ nein

8. Ist der Patient frei von sonstigen ansteckenden Erkrankungen (wie z.B. MRSA)?

Corona ?

☐ ja ☐ nein

☐ ja

☐ nein

Welche: _____

9. Besteht ein Dekubitus ?

Wo: _____

☐ ja

Seit wann: _____

Größe: _____

☐ nein

10. Besteht ein Alkoholabusus?

☐ ja

Bekannt seit: _____

☐ nein

11. Besteht ein Medikamentenabusus?

☐ ja

Bekannt seit: _____

☐ nein

Zusätzliche Angaben

1. Diagnosen: _____

2. Körperlicher/ psychischer Zustand (z.B. Motorik, nächtl. Unruhe, Orientierung, Gewichtsveränderungen)

3. Gibt es Allergien / Unverträglichkeiten?

☐ ja

☐ nein

Welche: _____

4. Liegt eine Stuhl- / Urininkontinenz vor?

☐ ja

Diagnose: _____

☐ nein

Bekannt seit: _____

5. Fachärztliche Betreuung notwendig?

☐ ja

Welche: _____

☐ nein

6. Behandeln Sie den o.g. Patienten nach erfolgtem Heimeinzug weiter?

☐ ja

☐ nein (bitte Überweisung an den künftigen Hausarzt)

7. Vorhandene Impfungen:

Welche: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes