K&S Tagespflege

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: _____

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

Unterstützung beim Waschen und Kleiden

Duschen / Baden ☐ Ja ☐ Nein

Mundhygiene ☐ Ja ☐ Nein

An- und Auskleiden ☐ Ja ☐ Nein

Einschränkungen in der Orientierung

☐ zeitlich ☐ örtlich

☐ zur Person ☐ situativ

☐ zurzeit keine bekannt

Kommunikation

☐ zurzeit keine Einschränkungen bekannt

Artikulations-/ Sprachstörungen

_____

Sonstiges

_____

_____

Ausscheidung

selbstständige Toilettenbenutzung ☐ Ja ☐ Nein

Harninkontinenz ☐ Ja ☐ Nein

Blasenverweilkatheter ☐ Ja ☐ Nein

liegt seit _____

☐ suprapubisch ☐ transurethral ☐ CH _____

Stuhlinkontinenz ☐ Ja ☐ Nein

Anus praeter ☐ Ja ☐ Nein

Unterstützung bei der Mobilität

Sitzen ☐ Ja ☐ Nein

Gehen / Stehen ☐ Ja ☐ Nein

Bett aufsuchen / verlassen ☐ Ja ☐ Nein

Umlagern im Bett ☐ Ja ☐ Nein

Bettlägerig ☐ Ja ☐ Nein

Hilfsmittel

☐ Brille

☐ Hörgerät ☐ links ☐ rechts

☐ Zahnprothese ☐ oben ☐ unten

☐ Gehhilfe

☐ Rollator ☐ Rollstuhl

_____

Ort, Datum

_____

Stempel, Unterschrift des Arztes

241028