

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Bitte lassen Sie uns den vom Hausarzt ausgefüllten Fragebogen **vor der Aufnahme** zukommen!

Name / Vorname

Geburtsdatum

DIAGNOSE(N)
.....
.....
.....

Ansteckende Erkrankung ☐ Keine ☐ TBC ☐ Hepatitis B / C
☐

Infektiöse Erkrankung ☐ Keine
☐ MRSA / VRE - Lokalisation:
☐ MRGN / Lokalisation:
☐

Suchtkrankheit ☐ Keine ☐ Rauchen ☐ Alkohol
☐

Allergien ☐ Keine
☐

Inkontinenz ☐ Nein
☐ JA / Versorgung:
☐ Harnblasenkatheter

MEDIKATION Siehe Medikamentenplan

ERNÄHRUNG

Vollkost ☐ Passierte Kost ☐ Mundgerecht vorbereiten ☐
Diät ☐
Unverträglichkeit ☐

DESORIENTIERUNG

	<i>Nein</i>	<i>Gelegentlich</i>	<i>Häufig</i>	<i>Ständig</i>
Örtlich	☐	☐	☐	☐
Zeitlich	☐	☐	☐	☐
Situativ	☐	☐	☐	☐
Persönlich	☐	☐	☐	☐

HILFESTELLUNG erforderlich beim

	<i>Nein</i>	<i>Gelegentlich</i>	<i>Häufig</i>	<i>Ständig</i>
Gehen	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐
Essen	☐	☐	☐	☐
Ankleiden	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐
Frisieren / Rasieren	☐	☐	☐	☐
Benutzen der Toilette	☐	☐	☐	☐
Aufstehen	☐	☐	☐	☐
Zu Bett gehen	☐	☐	☐	☐

Beaufsichtigung erforderlich wegen

	<i>Nein</i>	<i>Gelegentlich</i>	<i>Häufig</i>	<i>Ständig</i>
Weglauftendenz	☐	☐	☐	☐
Fremdgefährdung	☐	☐	☐	☐
Selbstgefährdung	☐	☐	☐	☐
Antriebsstörung	☐	☐	☐	☐
Depression	☐	☐	☐	☐
Angstvorstellungen	☐	☐	☐	☐
Wahnvorstellungen	☐	☐	☐	☐
Sinnestäuschungen	☐	☐	☐	☐

.....
Ort, Datum

.....
Arztunterschrift und Stempel

	Erstellt	Überarbeitet	Freigegeben	Überarbeitung November 2027
am:	07.02.2024	25.11.2025	16.12.2025	
von:	QZ Pflegestandards	QZ Pflegestandards	Ltg. QM / Frau Manger	