|  |
| --- |
| **Ev. Pflegeeinrichtung „Johanneshaus“**  **Carl-Stolte-Str. 4, 17094 Burg Stargard**  **Tel.: 039603/28110 Fax: 039603/28114**  **E-Mail: pe-burgstargard@diakonie-mse.de** |

|  |
| --- |
| **Ärztlicher Fragebogen Aufnahme ab:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vor- und Zuname: |  | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum: |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Besteht eine Suchtkrankheit? | | | | | | | 🞎 ja | 🞎 nein | |  |
| wenn ja, welche: | |  | | | | |  |  | |  |
| Ist der/die Patient/in Träger von MRSA? | | | | | | | 🞎 ja | 🞎 nein | |  |
| Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? | | | | | | | 🞎 ja | 🞎 nein | |  |
| wenn ja, welche (bitte genau bezeichnen)? | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Ist derzeit eine Allergie bekannt? | | | | | | | 🞎 ja | 🞎 nein | |  |
| wenn ja, welche: | |  | | | | |  |  | |  |
| Ist derzeit ein Anfallsleiden bekannt? | | | | | | | 🞎 ja | 🞎 nein | |  |
| wenn ja, welches: | |  | | | | | | | | |
| Ist der/die Patient/in an Diabetes mellitus erkrankt? | | | | | | | 🞎 ja | 🞎 nein | |  |
| Ist eine Medikamentengabe erforderlich? | | | | | | | 🞎 ja | 🞎 nein | |  |
| wenn ja, Medikamentenplan anbei vom: | | | |  | | | |  | | |
| Liegen Informationen zu Schmerzen vor | | | | | | | 🞎 ja | 🞎 nein | |  |
| wenn ja, welche: | |  | | | | |  |  | |  |
| Ist eine Inkontinenz bekannt? | | | | | | | 🞎 ja | 🞎 nein | |  |
| wenn ja, welche: | | | | 🞎 Harninkontinenz | | | | 🞎 Stuhlinkontinenz | | |
| Besteht eine gerontopsychiatrische Veränderung? | | | | | | | 🞎 ja | 🞎 nein | |  |
| wenn ja , Patient/in ist desorientiert | | | | 🞎 zeitlich | | 🞎 örtlich | 🞎 situativ | | 🞎 persönlich | |
| Besteht eine Störung im Tag- und Nachtrhythmus? | | | | | | | 🞎 ja | 🞎 nein | |  |
| Weitere Diagnosen: |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Hinweise, Bemerkungen: | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort Datum |  | Unterschrift / Stempel des Arztes |

1