

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 neinBestehen 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 neinIst 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 neinwenn ja, welche: Harninkontinenz StuhlinkontinenzBesteht eine gerontopsychiatrische Veränderung? ja neinwenn ja, Patient/in ist desorientiert zeitlich örtlich situativ persönlichBesteht eine Störung im Tag- und Nachtrhythmus? ja nein

Version: 0.1	Erstellung von: Lisa Komesker	Freigabe am: 24.04.2018 11:37	Freigabe von: Susanne Lübbert	Geltungsbereich: 111	Seite 1 von 2
-----------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-------------------------	------------------

Weitere Diagnosen:

Hinweise, Bemerkungen:

Ort Datum

Unterschrift / Stempel des Arztes

Version: 0.1	Erstellung von: Lisa Komesker	Freigabe am: 24.04.2018 11:37	Freigabe von: Susanne Lübbert	Geltungsbereich: 111	Seite 2 von 2
-----------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-------------------------	------------------