

Ärztlicher Fragebogen für den Hausarzt

Name der Einrichtung:	Straße:	PLZ und Ort:
Tel.:	Fax:	E-Mail:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Kranken-/Pflegekasse
Straße, Hausnummer	PLZ Ort
Größe in cm	Gewicht in kg

Aktuelle Diagnosen:			
Liegt eine Suchtkrankheit vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Wenn ja welche?			
Impfstatus mit Datum:	Tetanus:	Grippe:	Pneumokokken:
Covid-19:	Vollständiger Impfschutz: <input type="checkbox"/> Ja, seit:		<input type="checkbox"/> Nein

Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane? (§ 36 Abs. 4 des Infektionsschutzgesetzes)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegen Infektionskrankheiten vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Art der Infektionskrankheit:
Vorliegen von Infektionskrankheiten mit multiresistenten Keimen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRGN3 <input type="checkbox"/> MRGN4 <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Scabies <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Salmonellose <input type="checkbox"/>
Erregernachweis durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Stand der Sanierung:

Liegen Allergien vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Art der Allergien:
Spezieller Pflegebedarf? (z.B. Chronische Wunden, O ₂ Gabe)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Form der speziellen Pflege:
Werden Hilfsmittel benötigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Art der Hilfsmittel:

Alltagskompetenzen	Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teils. inkontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> Anus Prater	
	Urinkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilw. inkontinent <input type="checkbox"/> Uro Stoma	<input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> Katheter	
	Gehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> kann nicht gehen	
Orientierung	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung				
	<input type="checkbox"/> Einschränkung umfassen <input type="checkbox"/> Einschränkung teilweise	<input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> Situation
Verhalten und Stimmungslage	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> abwehrend <input type="checkbox"/> unkooperativ	<input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> fremdaggressiv <input type="checkbox"/> selbstgefährdend	<input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> gedrückt/depressiv <input type="checkbox"/> gehoben/manisch		

Besteht eine Hinlauftendenz?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gibt es Hinweise auf einen ungewollten signifikanten Gewichtsverlust?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist ein Sturzereignis aus den letzten 6 Monaten bekannt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Frühere Aufenthalte (z. B. Krankenhaus, psychiatrische Einrichtungen, Altenpflegeheim) wo und wann:		
Sonstiges:		

Datum	Unterschrift Hausarzt	Name, Anschrift, Telefon, bzw. Stempel
-------	-----------------------	--