Pflege für Menschen GmbH
Klosterweg 5/2
89233 Neu-Ulm/Burlafingen

Tel.: 0731/17682-0
Fax.: 0731/17682-400
IK.Nr. 510 974 689

Ä r z t l i c h e r F r a g e b o g e n

Herr/Frau		geboren am :	
Straße			
Wohnort			
Krankenkasse		vorhandener Pflegegrad: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5	

Ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane oder andere ansteckende Krankheiten nach dem IfSG

☐ **liegen vor** ☐ **liegen nicht vor**

Bei Beantwortung mit „liegen vor", darf keine Verlegung in unser Haus stattfinden!

MRSA /ESBL

☐ **liegt vor** ☐ **liegt nicht vor** ☐ **Hepatitis B** ☐ **Hepatitis C**

Bei Beantwortung mit „liegt vor", darf keine Verlegung in unser Haus stattfinden!

Diagnose:

Behandlungsbedürftigkeit:

Medikation:

Aktueller Corona-Test/Datum: **positiv** ☐ **negativ** ☐

Covid-19-Impfung liegt vor: **ja** ☐ **nein** ☐

Geistig- psychischer Zustand: ☐ unauffällig ☐aktiv / ☐ passiv
☐ auffallend vergesslich ☐ nicht ansprechbar ☐ motorisch unruhig (tags / nachts) ☐ kooperativ **ja / nein**
☐ desorientiert ☐ suchtgefährdet ☐ Gefahr des Weglaufens ☐ bettflüchtig **ja / nein**
☐ psychisch krank ☐ aggressiv ☐ desorientiert (örtlich, zeitlich, zur Person) ☐ sonstiges: _____

Ernährungs- und Kräftezustand ☐ normal ☐ **Diät notwendig** _____

Magensonde / PEG: _____ ☐ **Diabetiker** ☐ nein ☐ ja _____

Sondennahrung: _____

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ Kg ☐ _____

Seh- und Hörvermögen ☐ normal ☐ blind ☐ taub ☐ _____

Bewegungsfähigkeit ☐ normal ☐ eingeschränkt ☐ bettlägerig ☐Lagerung_____

Dekubitus ☐ nein ☐ ja _____

Hilfebedarf ☐ **liegt nicht vor?** ☐ möglicher Pflegegrad lt. erforderlichem Hilfebedarf heute: ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5**
☐ **ja, fremde Hilfe erforderlich bei / beim:**
☐ An- und Auskleiden ☐ Waschen ☐ Baden ☐ Kämmen ☐ _____
☐ Rasieren ☐ Aufstehen ☐ Hinlegen ☐ Hinsetzen ☐ _____
☐Gehen ☐ Inkontinenz ☐ Verrichtung der Notdurft ☐ Katheter gelegt: _____
☐ Zerkleinern der Speisen ☐ Essen ☐ Sonstiges ☐ abgeführt am:

Hilfsmittel erforderlich ☐ Rollstuhl ☐ Gehilfe ☐ Sonstiges _____

Vorhandene Hilfsmittel: ☐ Rollstuhl ☐ Toilettenstuhl ☐ Gehwagen / Gehhilfe ja / nein ☐ Brille ja / nein
☐ Zahnersatz: Oberkiefer/Unterkiefer ☐ Sonstiges: _____

Ort und Datum | Unterschrift des Arztes | Praxisstempel