

# Ärztlicher Fragebogen

<b>DRK Kreisverband Apolda e.V.</b> Bereich stationäre Pflegeeinrichtungen Lessingstraße 95 99510 Apolda / Thür.	Eingangsvermerke der Einrichtungen
---	------------------------------------

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

Benötigt der Patient Hilfe beim									
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Treten nachts Unruhezustände auf?</b>				
<b>Ist der Patient orientiert?</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ist der Patient bettlägerig?</b>				
zum Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Werden harnableitende Systeme verwendet</b>				
zur Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
<b>Besteht eine Inkontinenz</b>					Welche?				
Stuhlinkontinenz	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>					
Harninkontinenz	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>					

**Wie wird die seelische Verfassung eingeschätzt**
**Liegt eine Suchtkrankheit vor, wenn ja welche?**
**Liegt eine körperliche Behinderung vor, wenn ja welche?**

# Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welcher Art?

<b>bekannte Allergien?</b>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Welche?	
<b>Unverträglichkeiten?</b>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Welche?	

Welche speziellen Therapieverfahren liegen vor (PEG-Sonde, Port, usw.)?

Ist eine Diät erforderlich

Diagnosen

 Siehe Anlagen

Medikamentenplan	Name des Medikaments	Applikationsart	Früh	Mittag	Abend	Nacht
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Siehe Anlagen

Hinweise, Besonderheiten

# Ärztliche Bescheinigung nach §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz IfSG

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Für Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen sollte nach Empfehlung der STIKO ein aktueller Impfschutz vorliegen:**

	liegt vor	Impfung wird später durchgeführt	Impfung kann nicht erfolgen
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt eine Infektionskrankheit vor:	Ja	Nein		Ja	Nein
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonellenenteritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konjunktivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akute virusbedingter Infekt der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansteckende Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nähere Informationen bei MRSA (z.B. Lokalisation, Sanierungsversuch) bitte Abstrichbefund, als Anlage beifügen.**
**Ist der Patient Dauerausscheider:** Ja  Nein 

Wenn ja bitte näher erläutern.

**Liegt eine Pilzkrankung vor?** Ja  Nein 

Wenn ja, wo?

**Liegt Parasitenbefall vor?** Ja  Nein 

Wenn ja, welcher Art?

 \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

 \_\_\_\_\_  
 Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin