



Ärztlicher Fragebogen

bei Anmeldung zur **Tagespflege** – vom behandelnden Arzt auszufüllen!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Medizinische Diagnosen:

1. somatisch: _____

2. psychiatrisch: _____

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 3. Frei von ansteckenden Krankheiten? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein : | _____ |
| 4. Ist Pat. gehfähig? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| 5. Treppensteigen möglich? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| 6. Beherrschung des Stuhlgangs? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Stoma |
| 7. Beherrschung des Urinabgangs? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Blasenkatheter
<input type="radio"/> suprapubischer Katheter |
| 8. Örtlich orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nicht immer |
| 9. Zeitlich orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nicht immer |
| 10. Zur Person orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nicht immer |
| 11. Gemütsstimmung? | <input type="radio"/> freundlich | <input type="radio"/> depressiv | <input type="radio"/> aggressiv |
| 12. Gefährliche Eigenschaften? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche? | _____ |
| 13. Suchtkrankheit? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche? | _____ |
| 14. Allergien? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche? | _____ |

15. Hinweise, Bemerkungen des Arztes: _____

16. **Medikationsplan – bitte beifügen oder auf der Rückseite eintragen!**

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

