

Ärztlicher Fragebogen bei Anmeldung zur

☐ Kurzzeit-/ Dauerpflege ☐ Tagespflege – vom behandelnden Arzt auszufüllen!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Medizinische Diagnosen:

1. somatisch:

2. psychiatrisch:

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 3. Frei von ansteckenden Krankheiten? | ☐ ja | ☐ nein : | _____ |
| 4. Ist Pat. gehfähig? | ☐ ja | ☐ nein | |
| 5. Treppensteigen möglich? | ☐ ja | ☐ nein | |
| 6. Beherrschung des Stuhlgangs? | ☐ ja | ☐ nein | ☐ Stoma |
| 7. Beherrschung des Urinabgangs? | ☐ ja | ☐ nein | ☐ Blasenkatheter |
| | | | ☐ suprapubischer Katheter |
| 8. Örtlich orientiert? | ☐ ja | ☐ nein | ☐ nicht immer |
| 9. Zeitlich orientiert? | ☐ ja | ☐ nein | ☐ nicht immer |
| 10. Zur Person orientiert? | ☐ ja | ☐ nein | ☐ nicht immer |
| 11. Nachts ruhig? | ☐ ja | ☐ nein | ☐ nicht immer |
| 12. Gemütsstimmung? | ☐ freundlich | ☐ depressiv | ☐ aggressiv |
| 13. Gefährliche Eigenschaften? | ☐ nein | ☐ ja, welche? | _____ |
| 14. Suchtkrankheit? | ☐ nein | ☐ ja, welche? | _____ |
| 15. Allergien? | ☐ nein | ☐ ja, welche? | _____ |

16. Hinweise, Bemerkungen des Arztes: _____

17. Medikationsplan – bitte beifügen oder auf der Rückseite eintragen!

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

2025-08 Ärztlicher Fragebogen+Medikation Kurzzeit-Dauer-Tagespflege