

Ärztlicher Fragebogen



Caritasverband
Mannheim e.V.

- anlässlich der Anmeldung zur Vollstationären Pflege und Betreuung
 Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Diagnosen: _____ _____ _____ _____	
Suchtkrankheit: <input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> lag in der Vergangenheit vor <input type="checkbox"/> liegt vor Wenn ja, welche? _____	
Allergien: <input type="checkbox"/> nicht bekannt / ermittelbar <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? _____	
Impfschutz vorhanden für:	
Bestätigung nach § 36 Abs. 4 IfSG: TBC <input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> liegt vor	
Medikation: _____ _____ _____	
Bedarfsmedikation: _____ _____	
Sonst. Verordnungen (Verbände, Einreibungen, Vitalzeichenkontrolle,):	
Weitere Verordnungen, z.B. KG, Logopädie, Ergotherapie, Podologische Therapie?	

- Ernährungszustand: kachektisch normalgewichtig adipös exsikkiert
- Schluckstörungen: ja nein zeitweise
- Nahrungsverweigerung: ja nein zeitweise
- Kostform / Flüssigkeitszufuhr:
 - Normalkost Diätkost erforderlich, _____ Sondennahrung
 - Besondere Kostform erforderlich, _____
 - Flüssigkeitsbegrenzung indiziert, _____ ml

Angaben zur Orientierung

- Zur Person ständig zeitweise nein
- Zur Zeit ständig zeitweise nein
- Zum Ort ständig zeitweise nein
- Zur Situation ständig zeitweise nein

Angaben zum Verhalten

- Unruhezustände am Tag: ständig zeitweise nein
- Unruhezustände nachts: ständig zeitweise nein
- Weglauftendenz: ständig zeitweise nein
- Selbstgefährdung: ständig zeitweise nein
- Fremdgefährdung: ständig zeitweise nein
- Wahnvorstellungen: ständig zeitweise nein
- Lautes Rufen: ständig zeitweise nein

Unterstützende Hilfe erforderlich bei :

- Mobilität Körperpflege Ernährung Sonstiges: _____

Hilfsmittel:

- Rollator Rollstuhl Prothesen Sonstiges: _____

Inkontinenz:

- Harninkontinenz: ständig zeitweise nein transurethraler DK suprapubischer Katheter
- Stuhlinkontinenz: ständig zeitweise nein Stomaversorgung: _____

Kontrakturen: nein ja → Bitte betroffene Gelenke und Ausprägung beschreiben.

Hinweise und Bemerkungen:

Datum, Ort:

Stempel und Unterschrift des Arztes: