



Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Tagespflege

Name Vorname _____ geborene _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Pflegegrad _____

Diagnosen _____

Akute oder chronische Schmerzen ja nein Medikation erforderlich

Lokalisation _____

Verordnungen/Behandlungspflege

Welche Medikamente müssen verabreicht werden? **Medikamentenplan unterschrieben beifügen**

Bedarfsmedikation bitte genaue Dosierung/Häufigkeit

Injektionen

Wundversorgung

Sonstiges

Bitte den aktuellen Medikamenten/Behandlungsplan ausgedruckt und unterschrieben mitgeben .

Orientierung

zeitlich ja nein teilweise

örtlich ja nein teilweise

situativ ja nein teilweise

zur Person ja nein teilweise

Harninkontinenz ja nein teilweise Hilfsmittel _____

Stuhlinkontinenz ja nein teilweise Hilfsmittel _____

Geh fähig ja nein teilweise Hilfsmittel _____

Dauerkatheter ja nein CH _____ letzter Wechsel _____

Ist der Patient:

Aggressiv ja nein

Suchtkrank ja nein Medikamente Alkohol Sonstiges _____

Allergie ja nein welche _____

Diät erforderlich ja nein _____

Frei von ansteckenden Krankheiten §36 Abs.4 (Infektionsschutzgesetz) ja nein

Bescheinigung ist beigefügt **MRSA** ja nein

Sonstige wichtige Informationen _____

Datum _____

Unterschrift des Arztes _____