



Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung der Tagespflege

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_ Pflegegrad \_\_\_\_\_

Diagnosen *(bitte in Druckbuchstaben)*

---

---

---

Akute oder chronische Schmerzen  ja  nein  Medikation erforderlich

Lokalisation \_\_\_\_\_

**Verordnungen/Behandlungspflege**

Aktuelle Medikation

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 \_\_\_\_\_

gefähig  ja  nein  teilweise  Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Dauerkatheter  ja  nein CH \_\_\_\_\_ letzter Wechsel \_\_\_\_\_

Ist der Patient:

herausfordernd  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 beigelegt  ja  nein

Sonstige wichtige Informationen

---

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_