

Zum Alten Feld 21+23  
63679 Schotten  
Tel.: 0 60 44 / 9 64 90-0  
Fax: 0 60 44 / 9 64 90-11

### Ärztlicher Fragebogen

(Bitte alle Fragen vollständig beantworten, bzw. Zutreffendes ankreuzen)

1.) Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

2.) Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

3.) Stuhlinkontinenz:  ja  nein

4.) Harninkontinenz:  ja  nein

5.) Orientierung: örtlich  ja  nein  zeitweise  
zeitlich  ja  nein  zeitweise  
zur Person  ja  nein  zeitweise

6.) Suchtkrankheit:  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

7.) Ist der Patient frei von ansteckenden  
Krankheiten? (TB, Hepatitis)  ja  nein

8.) Liegt eine MRSA-Erkrankung vor?  nein  ja, wo? \_\_\_\_\_  nicht bekannt

9.) Diagnosen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10.) Medikamentenplan (bei Bedarfsmedikation bitte Tageshöchstdosis und Verabreichungsgrund angeben)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11.) Behandlungspflege (z. B. Verbände, Spritzen, Katheterversorgung, ...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel u. Unterschrift des Arztes