

Ärztlicher Fragebogen

FONTIVA
Haus Netzschkau

Brockauer Straße 2
08491 Netzschkau

Telefon: +49 (0)3765 – 380 81 0
Telefax: +49 (0)3765 – 380 81 599
E-Mail: netzschkau@fontiva-pflege.de
Online: fontiva-pflege.de

Bearbeitungshinweise:

Bitte alle Fragen beantworten und Zutreffendes ankreuzen.
Fragebogen (wenn nötig) im verschlossenen Umschlag zur
Weiterleitung mitgeben.

Patient*innenpersonalien

Frau Herr
Vorname

. .
Geburtsdatum

Nachname

Geburtsort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Adresse / Wohnort

Straße

PLZ / Ort

Krankenversicherung

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Hausarzt/-ärztin

Praxis / Vorname + Nachname

Straße / PLZ / Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Telefax

Kontaktdaten weiterer Behandelnder

z.B. Fachärzt*innen, Zahnärzt*innen, Optiker*innen, Heilpraktiker*innen etc.

Ergänzungen im Anhang

Diagnosen

Ergänzungen im Anhang

bisherige Therapien

Ergänzungen im Anhang

bisherige Medikationen

	Medikamente	morgens	mittags	abends	zur Nacht
1					
2					
3					
4					
5					

Orientierungen

- Zeitlich orientiert ja nein zeitweise
- Örtlich orientiert ja nein zeitweise
- Persönlich orientiert ja nein zeitweise
- Situativ orientiert ja nein zeitweise
- Weglaufgefährdung ja nein zeitweise

Inkontinenzen

- Urin ja nein nur nachts
- Stuhl ja nein nur nachts

Gefährdungen / Abhängigkeiten

gefährliche Eigenschaften nein ja Welche?

Suchterkrankungen nein ja Welche?

Allergien, Krankheiten und Infektionen

Allergien nein ja Welche?

frei von ansteckenden Krankheiten ja nein

↳ auch gem. § 36 (4) IfGS (TBC) ja nein Befund vom

frei von MRSA Infektion ja nein

frei von anderen Infektionen (Hepatitis) ja nein Welche?

Beeinträchtigungen

Sehfähigkeit problemlos Lesebrille Sehbrille

Hörfähigkeit problemlos mit diesen Einschränkungen

Sprachfähigkeit problemlos mit diesen Einschränkungen

Bewegungseinschränkungen

Ist der/die Patient*in **gehfähig**? ja nein

Ist **Treppensteigen** möglich? ja nein

Ist ein **Rollstuhl** notwendig? ja nein

Ist der/die Patient*in **bettlägerig**? ja nein

Gibt es **Kontrakturen/Amputationen**? ja nein

Besteht **Sturzgefahr**? ja nein

Sonstige Einschränkungen

Geistige Fähigkeiten

Konzentration problemlos mäßig beeinträchtigt deutlich beeinträchtigt
Gedächtnis (merken) problemlos mäßig beeinträchtigt deutlich beeinträchtigt

Gemütsstimmung (seelische Verfassung)

willig, zugewandt manchmal immer
freundlich, ausgeglichen manchmal immer
gereizt, abweisend, verdrießlich manchmal immer
depressiv, zurückgezogen manchmal immer
aggressive Affektausbrüche manchmal immer

Unruhe

Treten **Unruhezustände** (z.B. nachts) auf?

nein ja (Ursachen siehe unten)

Geistig-seelische Beeinträchtigung oder Störung (psychiatrische Diagnose)

Ergänzungen im Anhang

Ernährung

Ist eine Diät erforderlich? nein ja Welche?

Bleibt die **ärztliche Versorgung** in unserem Haus durch den Unterzeichnenden weiter bestehen? ja nein