

**Ärztlicher Fragebogen**

**Aufnahme ab:** \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Besteht eine Suchtkrankheit?  ja  nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ist der/die Patient/in frei von ORSA  ja  nein

frei von MRSA  ja  nein

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC?  ja  nein

wenn ja, welche (bitte genau bezeichnen)? \_\_\_\_\_

Ist derzeit eine Allergie bekannt?  ja  nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ist derzeit ein Anfallsleiden bekannt?  ja  nein

wenn ja, welches: \_\_\_\_\_

Ist der/die Patient/in an Diabetes mellitus erkrankt?  ja  nein

Ist eine Medikamentengabe erforderlich?  ja  nein

wenn ja, Medikamentenplan anbei vom: \_\_\_\_\_

Liegen Informationen zu Schmerzen vor  ja  nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ist eine Inkontinenz bekannt?  ja  nein

wenn ja, welche:  Harninkontinenz  Stuhlinkontinenz

Besteht eine gerontopsychiatrische Veränderung?  ja  nein

wenn ja, Patient/in ist desorientiert  zeitlich  örtlich  situativ  persönlich

Besteht eine Störung im Tag- und Nachtrhythmus?  ja  nein

Weitere Diagnosen:

Hinweise, Bemerkungen: \_\_\_\_\_