|  |
| --- |
| **Ev. Pflegeeinrichtung „Johanneshaus“****Carl-Stolte-Str. 4, 17094 Burg Stargard****Tel.: 039603/28110 Fax: 039603/28114****E-Mail: pe-burgstargard@diakonie-mse.de** |

|  |
| --- |
| **Ärztlicher Fragebogen Aufnahme ab:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Zuname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
|  |
| Besteht eine Suchtkrankheit? | 🞎 ja | 🞎 nein |  |
| wenn ja, welche: |  |  |  |  |
| Ist der/die Patient/in Träger 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: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort Datum |  | Unterschrift / Stempel des Arztes |

1