

# Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname

---

Geburtsdatum

---

## 1) Diagnosen (bitte unbedingt alle bekannten Diagnosen angeben/ggf. Diagnosenblatt beilegen)

- |  |                                      |   |   |
|--|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diab. Mellitus  | <input type="checkbox"/> Herzinsuff. | <input type="checkbox"/> Angina Pect.           | <input type="checkbox"/> Arthrose: _____  |
| <input type="checkbox"/> Morb. Parkinson | <input type="checkbox"/> Hypertonie  | <input type="checkbox"/> Zust. n. Apopl. Insult | <input type="checkbox"/> Polyneuropathien |
| <input type="checkbox"/> MS              | <input type="checkbox"/> rezid. TIA  | <input type="checkbox"/> Zust. n. Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Cerebralsklerose |

weitere Diagnosen:

Zust. n. Sturz (mit Folgediagnosen)

---

Magen-Darm-Erkrankungen

---

Lebererkrankungen

---

Nierenerkrankungen

---

Allergie / Allergiepass

---

Sonstige Diagnosen

---

## 2) Liegt eine gerontopsychiatrische Erkrankung / psychische Störung vor?

Wenn ja – welche?

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vaskuläre Demenz | <input type="checkbox"/> Demenz Typ Alzheimer | <input type="checkbox"/> Depression |
|---|---|-------------------------------------|

Besteht beim Patienten Tendenz zu

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Weglaufgefährdung | <input type="checkbox"/> körperlicher Aggressivität |
|--|---|

Sonstiges:

---

Sind die Diagnosen fachärztlich abgeklärt?

[Nur bei Aufnahme ins Kompetenzzentrum Freudental erforderlich]

ja

nein

Ist der Patient nach Einschätzung des Arztes geschäftsfähig?

ja

nein

**Besondere medizinische Hilfsmittel:**

- Nasale Ernährungssonde       Stoma       SPBF       Sauerstoffgerät
- PEG       Tracheostoma       Port       Transurethraler-Katheter

**3) Besteht eine körperliche Behinderung:**

nein    Hemiparese    li.  re.   Kontrakturen: \_\_\_\_\_    Schluckstörung    Sprachstörung  
 sonstige Behinderungen:  
 z.B. Amputation    re.    li. \_\_\_\_\_

**4) Hautzustand:**

intakt       Hautschäden/Wunden: \_\_\_\_\_

**5) Allgemeinzustand / Ernährungszustand:**

- kachektisch       exsikkiert       Ödeme
- adipös       normalgewichtig       Körpergröße  $\geq 180$  cm

sind Spezialdiäten erforderlich z.B.  
 Sondennahrung       Diabetesdiät       Flüssigkeitsbegrenzung       Sonstige \_\_\_\_\_

**6) Ärztliches Zeugnis**

a) § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz: Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose  
 sind vorhanden.       sind nicht vorhanden.

b) Weitere ansteckende Krankheiten/ Besiedlung durch Problemkeime  
 Clostridium difficile       MRSA       MRGN       Noro Viren       Salmonellen       HIV  
 Hepatitis A/E       Hepatitis B/C/D       CJK / vCJK       Sonstige \_\_\_\_\_

**7) Welche Medikamente sind verordnet (bitte Medikamentenplan beilegen):**

<u>Medikamente</u>	<u>Dosierung</u>

BTM-Gabe / Darreichungsform

**8) Wird die Aufnahme ärztlicherseits befürwortet?**

**Pflegeheim:**  ja  nein  Alternativen: \_\_\_\_\_

**Kompetenzzentrum für Menschen mit Demenz:**  ja  nein  Alternativen: \_\_\_\_\_

**Tagespflege:**  ja  nein  Alternativen: \_\_\_\_\_

Kommentar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Stempel und Unterschrift des Arztes