

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?

ja

nein

[Nur bei Aufnahme ins Kompetenzzentrum Freudental erforderlich]

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 exsikiert Ödeme
- adipös normalgewichtig Körpergröße ≥ 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

Kommentar:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes