

Bitte alle Fragen vollständig vom Arzt ausfüllen lassen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung geben.

## Angaben zur Person

<b>Familienname</b>	Geb.-Name:
<b>Vorname(n)</b> Rufnamen bitte unterstreichen	
<b>Geburtsdatum</b>	

## Anamnese

Ist der Patient gehfähig?	ja	nein	
Treppensteigen möglich?	ja	nein	
Ist Patient häufig bettlägerig?	ja	nein	
Ständig bettlägerig?	ja	nein	
Beherrschung des Stuhlgangs?	ja	nein	
Beherrschung des Urinabgangs?	ja	nein	
PEG/PEJ-Träger?	ja	nein	
Zeitlich orientiert?	ja	nein	nicht immer
Örtlich orientiert?	ja	nein	nicht immer
Nachts ruhig?	ja	nein	nicht immer

Wichtige dementielle Besonderheiten?

---



---



---



---

Gemütsstimmung?	willig	nicht kooperativ	depressiv
Gefährliche Eigenschaften?	ja	nein	
	wenn ja, welche?		
Suchtkrankheit?	ja	nein	
	wenn ja, welche?		
Träger eines Dauerkatheters?	ja	nein	suprapubisch      transurethral
Träger eines Tracheostoma?	ja	nein	
Träger eines Anus praeter?	ja	nein	
Herzschrittmacher vorhanden?	ja	nein	

Körperliche Behinderungen?

---



---



---

Geistig-seelische Behinderung oder Störung

---



---



---

Ist Patient frei von Tuberkulose?	ja	nein				
Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten nach §36 IfSG?	ja	nein				
	wenn nein, welche?					
	Hep. A	Hep. B	Hep. C	AIDS	MRSA	CoV-19
	andere:					

Vorliegen besonderer Krankheiten	Allergie	Implantate
	Diabetes	Kriegsverletzung

## Weitere Diagnosen

---

---

---

## Welche Medikamente/Verordnungen müssen verabreicht werden?

früh:

---

mittag:

---

abends z. Nacht:

---

bei Bedarf:

---

## Ist eine spezielle Kostform erforderlich?

---

---

---

## Letzte Impfungen mit Datum

Tetanus am:	Diphtherie am:
Influenza am:	TBC am:
Pneumokokken am:	
CoV-19 am:	Wirkstoff:
andere Impfungen:	

---

## Hinweise, Bemerkungen

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift