

Ärztlicher Fragebogen bei Anmeldung zur Tagespflege

(vom behandelnden Arzt auszufüllen !)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Medizinische Diagnosen:

somatisch:

psychiatrisch:

Frei von ansteckenden Krankheiten? ja nein

Letzte Thoraxuntersuchung: Befund:

Medikation (**Angaben bitte auf der Rückseite dieses Fragebogens eintragen!**)

- | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| Ist Patient gehfähig? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Treppensteigen möglich? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Beherrschung des Stuhlgangs? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | (O Stoma) |
| Beherrschung des Urinabgangs? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | (O Blasenkatheter)
(O suprapubischer Katheter) |
| Örtlich orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nicht immer |
| Zeitlich orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nicht immer |
| Situativ orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nicht immer |
| Zur Person orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nicht immer |
| Gemütsstimmung? | <input type="radio"/> freundlich | <input type="radio"/> depressiv | <input type="radio"/> aggressiv |
| Gefährliche Eigenschaften? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche? | |
| Suchtkrankheiten? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche? | |

Weitere Bemerkungen des Arztes:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

