

## Ärztlicher Fragebogen

Stellungnahme zur ärztlichen Einschätzung anlässlich:

vollstationärer Pflege /  Kurzzeitpflege /  Tagespflege

von Frau / Herr: .....

geboren am: .....

Pflegebegründende  
Diagnose(n)

1. Hauptdiagnose:
2. Nebendiagnosen:

Allgemeine Befunde

3. Ansteckungsfähige TBC / Verdacht (Ärztl. Zeugnis n. § 36 IfSG)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
4. Überstandene Covid- 19 Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
5. Sonstige Infektionskrankheiten? (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
6. Ernährungs- / Flüssigkeitsdefizit (Auffälligkeiten? Diäten?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
7. Schmerzen (Wenn ja, Schmerzort, -art, weitere Symptome?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
8. Wunden (Wenn ja, Art, Lokalisation?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
9. Kontrakturen (Wenn ja, Art, Lokalisation?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
10. Inkontinenz (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
11. Suchterkrankungen (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
12. Körperliche Behinderungen (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
13. Psychische Störungen (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
14. Anerkannte Berufskrankheiten (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
15. Allergien / Besonderheiten (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:

16. Behandlungspflege- rische Versorgung / Anordnungen	
17. Medikamente	Aktueller Medikationsplan oder BMP bitte beilegen
18. Sonstige, weitere Hinweise / Besonder- heiten / Zu beachten:	
19. Impfung Covid 19 vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> nur 1. Impfung

\_\_\_\_\_ - Unterschrift, Datum, Stempel Arztes/Ärztin

Ausgefüllten und unterschriebenen Bogen vor Einzug zurücksenden; Fax-Nr.: