


Ärztlicher Fragebogen zur Tagespflege

Per Fax an: 02631 – 29501

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Geboren am:	
1	Gesundheitszustand / Diagnosen?
2	Bestehen ansteckende Krankheiten?
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Falls ja, Welche?
3	Besteht eine Suchtkrankheit?
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Falls ja, Welche?
4	Bitte beschreiben Sie die Gemütsstimmung / seelische Verfassung!
5	Ist Diätkost erforderlich?
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Falls ja, Welche?
6	Welche Medikamente werden derzeit verabreicht?

Änderungsstatus: 2	Bearbeitet von: MA der Tagespflege	Verantwortet von: HL/ PDL	Freigegeben am: 04.04.2014 Inkrafttreten am 01.06.2014	
--------------------	---------------------------------------	------------------------------	---	---

Ärztlicher Fragebogen zur Tagespflege


7	Hilfe ist erforderlich beim....			
		Dauernd	Zeitweilig	Nein
Gehen				
Aufstehen, zu Bett gehen				
Frisieren				
Essen				
Einnahme von Medikamenten				
Benutzen der Toilette				
Hilfe beim Ankleiden/Auskleiden				
Sonstiges				

8	Es besteht....			
		Dauernd	Zeitweilig	Nein
Urinkontinenz				
Stuhlinkontinenz				
Desorientierung zur:	Person			
	Zeit			
	Ort			
Motorische Unruhe				
Wahnvorstellungen				
Hinlauf-/Weglauftendenzen				

9	Hinweise, Bemerkungen....

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Änderungsstatus: 2	Bearbeitet von: MA der Tagespflege	Verantwortet von: HL/ PDL	Freigegeben am: 04.04.2014 Inkrafttreten am 01.06.2014	
--------------------	---------------------------------------	------------------------------	---	---