

Ärztlicher Fragebogen

(1) Ärztliches Zeugnis

Herr/Frau

Name, Vorname

Geb. Datum

ist gemäß meiner Untersuchung vom _____ entsprechend § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (Röntgenaufnahme des Thorax: Ja Nein) frei von einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane.

Es liegen aktuell keine Anhaltspunkte für weitere ansteckende Krankheiten vor.

(2) Pflegerelevante Diagnosen und Angaben zur Orientierungslage/psychischem Befund:

(3) Zu Zeit bestehende Medikation:

(4) Aktuell verordnete Maßnahmen der Behandlungspflege:

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/Stempel

Sofern kein aktueller Pflegeüberleitungsbogen durch ein Krankenhaus vorliegt, bitten wir, auch die zweite Seite zu beantworten.

Ärztlicher Fragebogen

-pflegerrelevante Angaben-

-2-

	selbständig	mit Hilfe	vollständige Übernahme
(1) Körperpflege			
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren/Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darm-/Blasenentleeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Essen und Trinken			
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Mobilität			
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlassen/Wiederaufsuchen des Zimmers/der Einrich- tung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Funktionelle Einschränkungen		Ja	nein
Sehstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<hr/>		