

## Ärztlicher Fragebogen für die Tagespflege

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

### Hilfe erforderlich beim:

nein ab & zu häufig dauernd

Gehen/Stehen

Körperpflege

Ankleiden

Essen

Magensonde  ja

Bettlägerigkeit  ja  teilweise

Aufstehen aus dem Bett

zu Bett gehen

Gang zur Toilette

nein ab & zu häufig dauernd

### Orientierung

zeitlich  ja  teilweise  nein

örtlich  ja  teilweise  nein

zur Person  ja  teilweise  nein

situativ  ja  teilweise  nein

kooperativ  ja  teilweise  nein

Unruhezustände tags  ja  teilweise  nein

Unruhezustände nachts  ja  teilweise  nein

Weglauftendenz  ja  nein

freiheitsentziehende Maßnahmen  kontinuierlich  zeitweise  nein

Herausforderndes Verhalten  ja  nein

### Inkontinenz

Stuhlinkontinenz  ja  teilweise  nein

Harninkontinenz  ja  teilweise  nein

Blasenkatheter  ja  nein

körperliche Einschränkungen  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Schmerzen  akut  chronisch Lokalisierung: \_\_\_\_\_

**psychische Störungen**

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gemütsstimmung**  
(seelische Verfassung)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sucht-Krankheit**

Medikamente  Alkohol  
 Nikotin  Sonstige \_\_\_\_\_

**Ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane**  
(Vorschrift nach § 36 Abs. 4 IfSG)

liegt vor  liegt nicht vor

**ORSA/MRSA**

ja  nein

**andere ansteckende Krankheit**

ja  nein

**Sonstiges**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnosen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte Medikamentenplan beifügen.**

**Diät/Schonkost**

\_\_\_\_\_

**Anmerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes