

Ärztlicher Fragebogen

Bitte füllen Sie die Anmeldung vollständig aus. Bei Fragen können Sie uns unter der Telefonnummer 0351 3138555 erreichen.

von

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Vom Arzt/Ärztin auszufüllen:

1. Hauptdiagnosen (codiert und uncodiert):

2. Medikation inkl. Tagesverabreichung sowie Injektionen:

<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> nachmittags	<input type="checkbox"/> abends/nachts	<input type="checkbox"/> anlassbezogen

3. Ansteckungsfähige Krankheiten

Ich bescheinige, dass eine ansteckungsfähige TBC der Atmungsorgane – § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz – bei meinem oben genannten Patienten nicht vorliegt. Ja

MRSA Ja Nein

ESBL Ja Nein

weitere bekannte ansteckungsfähige Krankheiten:

4. Psychische Erkrankungen, kognitive Störungen, Verhaltensauffälligkeiten...

Cultus

Cultus gGmbH
der Landeshauptstadt
Dresden

Betreuen
Pflegen
Rehabilitieren

Pflege- und Sozialberatung

Freiberger Straße 18
01067 Dresden

Tel.: 0351/3138-555
Fax: 0351/3138-418

Email:
beratung@cultus-
dresden.de

Öffnungszeiten:

Montag und Mittwoch
08:00–17:00 Uhr
Dienstag
und Donnerstag
09:00–18:00 Uhr
Freitag
08:00–16:00 Uhr

5. Besonderheiten

- Katheter Nein Ja, Art: _____
- IV-Infusion Nein Ja
- Herzschrittmacher Nein Ja
- PEG, Cystofix usw. Nein Ja
- Sauerstoffgabe Nein Ja

6. Allergien

- Ja, welche: _____
- _____
- Nein

7. Inkontinenz

- Nein Ja, Harninkontinenz Stuhlinkontinenz

8. **Hinlaufgefahren?** Ja Nein

9. **Gestörter Tag-/Nachtrhythmus?** Ja Nein

10. Sturzvorgeschichte

- Ja, Information: _____
- _____
- _____
- Nein

11. Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen:

12. Behandlungspflegerische Maßnahmen (was, wann, wie?)

- Dekubitus Ja, Information: _____
- _____
- _____
- Nein Sonstige: _____

13. Selbstständigkeit

Mobilität Nein Ja, Erläuterung: _____

Essen/ Trinken Nein Ja, Erläuterung: _____

Körperpflege Nein Ja, Erläuterung: _____

Kommunikation Nein Ja, Erläuterung: _____

Sonstiges Nein Ja, Erläuterung: _____

14. Bisher behandelnder Hausarzt:

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Sprechzeiten: _____

15. Weitere Betreuung, inkl. Hausbesuche im Bedarfsfall, während der Kurzzeitpflege sowie bei vollstationärer Pflege in der Einrichtung:

Ja _____

Nein

Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes