

## Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme von Pflegegästen

Lieber Gast, liebe Angehörige, lieber Hausarzt,

um die individuellen Bedürfnisse Ihres Patienten, bzw. Angehörigen bestmöglich zu erfüllen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Wir bitten Sie deshalb, die Fragen des nachstehenden Anamnesebogens zu beantworten. Gäste oder Angehörige bitten wir den ausgefüllten Fragebogen bei Aufnahme mitzubringen oder vorab per E-Mail an uns zu senden.

### Gewählte Pflegeeinrichtung des anreisenden Gastes

Mathilden-Haus  Kurzzeitpflege  Tagespflege  
 Pflegeheim Seepark

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

### Nur vom derzeit behandelnden Arzt auszufüllen:

Adresse des Arztes:	Name	
	Straße	
	PLZ/ Ort	
	Tel.	Fax
	E-Mail	
Mitbehandelnder Facharzt:	Name	
	Straße	
	PLZ/ Ort	
	Tel.	

## Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme von Pflegegästen

**Plan für Medikamente/ Bedarfsmedikation bitte anhängen!**

Verordnete Maßnahmen:	Behandlungspflege	<input type="checkbox"/> ja (s.Anh.)  <input type="checkbox"/> BZ messen Häufigkeit:  <input type="checkbox"/> RR messen Häufigkeit:  <input type="checkbox"/> Gewicht messen Häufigkeit:  <input type="checkbox"/> O2 messen Häufigkeit:  <input type="checkbox"/> Wundversorgung (Wundbehandlung anhängen, wenn ja)	<input type="checkbox"/> nein
	Therapie	<input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> KG  <input type="checkbox"/> Ergotherapie  <input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> nein

## Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme von Pflegegästen

**Diagnosen, Allergien/ Unverträglichkeiten**  
(Hauptdiagnosen mit Zeitangaben, bitte leserlich ausfüllen)

Bestehen Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja Welche:	<input type="checkbox"/> nein
Sind Hilfsmittel vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja Welche: <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> andere:	

Impfung gegen Covid-19 erhalten? Datum der Impfungen eintragen:	Oder Erkrankung (mit PCR-Nachweis, Datum) bereits durchgemacht?
--	---

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (welche?)
---	-----------------------------	---

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Stempel