

Bitte immer an die Verwaltung weiterleiten!!!!



### Ärztlicher Fragebogen

#### 4. Empfohlene pflegerische Versorgung

Pflegebereich  ja  nein  
Beschützende Abteilung  ja  nein  
Wohnbereich  ja  nein

#### 5. Hilfsmittel

Gehilfe,  ja  nein Art:  
Prothesen  ja  nein Art:  
Sehhilfe  ja  nein Art:  
Hörgerät  ja  nein

#### 6. Ernährung

Vollkost  ja  nein  
Diät  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Sondenernährung  ja  nein  
eine andere Ernährung als genannt  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

#### 7. Medikamente

Benötigt der Patient Hilfe bei der Verabreichung der Medikamente  ja  nein

Welche Medikamente sind erforderlich:

Medikamente	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Bedarf

#### 8. Diagnosen

.....  
.....  
.....  
.....

Liegen bei dem Patienten Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose nach §36 (4) Infektionsschutzgesetz vor ?

ja  nein

Liegen sonstige Infektionskrankheiten vor?

MRSA  ja  nein      ESBL  ja  nein      Clostridien  ja  nein

Sonstige  ja  nein      Art:.....

#### 9. Sonstige Hinweise und Bemerkungen (Therapie oder Behandlungspflege)

.....  
.....

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes