Ärztlicher Fragebogen

SENIORENHAUS SPIELBERG

1. Bewohnerdaten

Name _____ Vorname _____

geboren _____ in _____

2. Diagnosen

_____

_____

_____

_____

Bestehen infektiöse Erkrankungen? ☐ nein ☐ ja, welche?

_____

_____

3. aktuelle Medikamente

4. Bedarfsmedikation

Medikament	Einzeldosis	Maximaldosis	Indikation

5. Pflegerelevante Vorgeschichte

_____

_____

_____

Schmerzen	☐ nein ☐ ja, wo?
PEG	_____ml/Tag Nahrung:
Schluckprobleme	☐ nein ☐ ja, welche?
Abführmittel	☐ nein ☐ ja, welche?
Dauerkatheter	☐ nein ☐ ja, gelegt am:_____ Ch.:___ geblockt mit: ___ml
Atemprobleme	☐ nein ☐ ja, welche?
Dekubitus	☐ nein ☐ ja, Stadium: Lage:
	Versorgung:
Wechseldruckmatratze	☐ nein ☐ ja, welche?

6. Bemerkungen /Sonstiges

Datum:	**Stempel und**
Telefon/ Fax:	**Unterschrift:**