

Sehr geehrte Ärztin,
sehr geehrter Arzt,
bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. Sie helfen damit die bedarfsgerechte Unterstützung Ihres Patienten! Danke!

Caritasverband
Freiburg-Stadt e.V.



Ärztlicher Fragebogen

für die Anmeldung zur Teilnahme in der Tagespflege St. Nikolaus

Bitte von der **behandelnden Ärztin** oder dem **behandelnden Arzt** ausfüllen lassen und zusammen mit dem **Anmeldebogen** einreichen. Danke!

Vor- und Zuname Geburtsdatum

Hauptdiagnosen

Körpergewicht Körpergröße Bettlägrigkeit? ☐ nein ☐ ja

Reanimation ☐ nein ☐ ja

Weitere Diagnosen und Symptome:

Psychische Erkrankung?	☐ nein	☐ ja, welche?
Suchtkrankheit?	☐ nein	☐ ja, welche?
Ansteckende Krankheit?	☐ nein	☐ ja, welche?
Multiresistenter Keim?	☐ nein	☐ ja, welcher?
Allergie?	☐ nein	☐ ja, welche?
Hörbehinderung?	☐ nein	☐ leichte ☐ schwere
Sehbehinderung?	☐ nein	☐ leichte ☐ schwere
Sprachstörung?	☐ nein	☐ leichte ☐ schwere
Schluckstörung?	☐ nein	☐ leichte ☐ schwere
Dekubitus?	☐ nein	☐ ja, wo?
Kontrakturen?	☐ nein	☐ ja, wo?
Diabetes mell.?	☐ nein	☐ ja ☐ Insulinpflichtig
Sonstige?		

Behandlungspflege (z. B. bei Medikation, Injektion, Verbandwechsel)

pers. Hilfe erforderlich? ☐ ja, bei wie oft?

Prognose Pflegeaufwand? ☐ abnehmend ☐ gleichbleibend ☐ zunehmend

Pflegebedarf voraussichtlich mind. 6 Monate? ☐ nein ☐ ja

Kontinenz

Harninkontinenz	☐ nein	☐ ja
Stuhlinkontinenz	☐ nein	☐ ja
Dauerkatheter/ Urostoma	☐ nein	☐ ja
Stoma	☐ nein	☐ ja



Nahrungsmittelunverträglichkeiten/besondere Ernährungsform (z.B. Glutenfrei, Lactose-/Fructoseintoleranz, vegetarische/vegane Kost, etc.) ☐ nein ☐ ja, welche?

Werden Pflegehilfsmittel benötigt? ☐ nein ☐ ja, welche?
bereits verordnet? ☐ nein ☐ ja bereits vorhanden? ☐ nein ☐ ja

Besonderheiten

Kognitive/ kommunikative Fähigkeiten	vorhanden	größtenteils	in geringem Maße	nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung	☐	☐	☐	☐
Örtliche Orientierung	☐	☐	☐	☐
Orientierung in der Person	☐	☐	☐	☐
Verstehen von Sachverhalten/Informationen	☐	☐	☐	☐
Mitteilen von Schmerz/Durst/Hunger/Kälteempf.	☐	☐	☐	☐
Verstehen von Aufforderungen (Hören/kognitiv)	☐	☐	☐	☐

Besondere Verhaltensauffälligkeiten?

Unruhe-/ Angstzustände	☐ nein	☐ selten	☐ gelegentlich	☐ täglich
depressive Zustände	☐ nein	☐ selten	☐ gelegentlich	☐ täglich
abwehrendes Verhalten	☐ nein	☐ selten	☐ gelegentlich	☐ täglich
Hin-/Weglauff Tendenz	☐ nein	☐ selten	☐ gelegentlich	☐ täglich

Hilfe bei der Mobilität

	selbständig	unselbständig
Positionswechsel im Bett	☐	☐
(Drehen, Aufrichten)	☐	☐
Halten einer stabilen Sitzposition (Sessel)	☐	☐
Umsetzen (Transfers)	☐	☐
Fortbewegen im Wohnbereich (auf einer Ebene)	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐

Hilfe bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen

	selbständig	unselbständig
Waschen d. vorderen Oberkörpers	☐	☐
Intimhygiene	☐	☐
Duschen und Baden (Körper, Haare)	☐	☐
An-/ Auskleiden des Oberkörpers	☐	☐
An-/ Auskleiden des Unterkörpers	☐	☐

Hilfe beim Essen

	selbständig	unselbständig
Trinken	☐	☐
Aufnahme der Nahrung	☐	☐
Mundgerechte Zubereitung	☐ nein	☐ ja

.....
Datum

.....
Unterschrift und Telefonnr. der Ärztin, des Arztes