

Ärztlicher Fragebogen



1. Bewohnerdaten

Name _____ Vorname _____
 geboren _____ in _____

2. Diagnosen

3. aktuelle Medikamente

4. Bedarfsmedikation

Medikament	Einzel-dosis	Maximaldosis	Indikation

5. Pflegerelevante Vorgeschichte

Schmerzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo?
PEG	_____ ml/Tag Nahrung:
Schluckprobleme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Abführmittel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gelegt am: _____ Ch.: _____ geblockt mit: _____ ml
Atemprobleme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Stadium: _____ Lage: _____ Versorgung:
Wechseldruckmatratze	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?

6. Bemerkungen /Sonstiges

Datum:	Stempel und Unterschrift:
---------------	----------------------------------