



**HEROLD –
STIFTUNG**
Haus Karlstadt

Ärztlicher Fragebogen

(nur durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Diagnose und Befund (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Herzschrittmacher | ☐ Dekubitus | ☐ PEG-Sonde | ☐ transurethaler Katheter |
| ☐ Stoma | ☐ Tracheostomaanlage | ☐ Sauerstoffgabe | ☐ Macumarpatient |
| ☐ insulinpflichtiger Diabetes | ☐ Prothese (☐ Arm ☐ Bein) | | |
| ☐ Allergien _____ | | | |
| ☐ Sonstiges _____ | | | |

Bestehen ansteckende Krankheiten?

☐ nein ☐ TBC ☐ MRSA ☐ ESBL ☐ HIV

Bestehen Suchtkrankheiten?

☐ nein ☐ ja, folgende:

Mobilität:

Bettlägerig:	☐ ja	☐ nein
Gehfähigkeit:	☐ ja	☐ nein
Stehfähigkeit:	☐ ja	☐ nein

Bestehen Seh-, Hör- und/oder Sprachstörungen?

☐ nein ☐ ja, folgende:

Orientierungsvermögen und Verhalten	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Ständige individuelle Anleitung erforderlich
Ist der/die Patient*in...?					
a) zeitlich orientiert	☐	☐	☐	☐	☐
b) örtlich orientiert	☐	☐	☐	☐	☐
c) situativ orientiert	☐	☐	☐	☐	☐
d) zur Person orientiert	☐	☐	☐	☐	☐
Weglauftendenzen	☐	☐	☐	☐	☐
Umtriebigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Aggressivität	☐	☐	☐	☐	☐
Halluzinationen	☐	☐	☐	☐	☐
Nächtliche Unruhe	☐	☐	☐	☐	☐
Suizidgefahr	☐	☐	☐	☐	☐

Aktuelle Medikation (Bitte in Druckschrift ausfüllen!)	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf
Covid-Impfung	1. Impfung Datum:	2. Impfung Datum:	3. Impfung Datum:	4. Impfung Datum	

Bemerkungen: