

# Ärztlicher Fragebogen

**FONTIVA**  
Haus Katharina

Leiblstraße 17  
14467 Potsdam

Telefon: +49 (0) 331 – 979 32 0  
Telefax: +49 (0) 331 – 979 32 100  
E-Mail: potsdam@fontiva.de  
Online: fontiva.de

## Bearbeitungshinweise:

Bitte alle Fragen beantworten und Zutreffendes ankreuzen.  
Fragebogen (wenn nötig) im verschlossenen Umschlag zur  
Weiterleitung mitgeben.

## Patient\*innenpersonalien

Frau  Herr   
Vorname

.  .      
Geburtsdatum

Nachname

Geburtsort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

## Adresse / Wohnort

Straße

PLZ / Ort

## Krankenversicherung

Krankenkasse

Versicherungsnummer

## Hausarzt/-ärztin

Praxis / Vorname + Nachname

Straße / PLZ / Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Telefax

## Kontaktdaten weiterer Behandelnder

z.B. Fachärzt\*innen, Zahnärzt\*innen, Optiker\*innen, Heilpraktiker\*innen etc.

Ergänzungen im Anhang

## Diagnosen

Ergänzungen im Anhang

## bisherige Therapien

Ergänzungen im Anhang

## bisherige Medikationen

|   | Medikamente | morgens | mittags | abends | zur Nacht |
|---|-------------|---------|---------|--------|-----------|
| 1 |             |         |         |        |           |
| 2 |             |         |         |        |           |
| 3 |             |         |         |        |           |
| 4 |             |         |         |        |           |
| 5 |             |         |         |        |           |

## Orientierungen

- Zeitlich orientiert  ja  nein  zeitweise
- Örtlich orientiert  ja  nein  zeitweise
- Persönlich orientiert  ja  nein  zeitweise
- Situativ orientiert  ja  nein  zeitweise
- Weglaufgefährdung  ja  nein  zeitweise

## Inkontinenzen

- Urin  ja  nein  nur nachts
- Stuhl  ja  nein  nur nachts

## Gefährdungen / Abhängigkeiten

gefährliche Eigenschaften  nein  ja Welche?

Suchterkrankungen  nein  ja Welche?

## Allergien, Krankheiten und Infektionen

Allergien  nein  ja Welche?

frei von ansteckenden Krankheiten  ja  nein

↳ auch gem. § 36 (4) IfGS (TBC)  ja  nein Befund vom  .  .  .  .  .  .  .

frei von MRSA Infektion  ja  nein

frei von anderen Infektionen (Hepatitis)  ja  nein Welche?

## Beeinträchtigungen

Sehfähigkeit  problemlos  Lesebrille  Sehbrille

Hörfähigkeit  problemlos  mit diesen Einschränkungen

Sprachfähigkeit  problemlos  mit diesen Einschränkungen

## Bewegungseinschränkungen

Ist der/die Patient\*in **gehfähig**?  ja  nein

Ist **Treppensteigen** möglich?  ja  nein

Ist ein **Rollstuhl** notwendig?  ja  nein

Ist der/die Patient\*in **bettlägerig**?  ja  nein

Gibt es **Kontrakturen/Amputationen**?  ja  nein

Besteht **Sturzgefahr**?  ja  nein

## Sonstige Einschränkungen

## Geistige Fähigkeiten

Konzentration  problemlos  mäßig beeinträchtigt  deutlich beeinträchtigt  
Gedächtnis (merken)  problemlos  mäßig beeinträchtigt  deutlich beeinträchtigt

## Gemütsstimmung (seelische Verfassung)

willig, zugewandt  manchmal  immer  
freundlich, ausgeglichen  manchmal  immer  
gereizt, abweisend, verdrießlich  manchmal  immer  
depressiv, zurückgezogen  manchmal  immer  
aggressive Affektausbrüche  manchmal  immer

## Unruhe

Treten **Unruhezustände** (z.B. nachts) auf?

nein  ja (Ursachen siehe unten)

## Geistig-seelische Beeinträchtigung oder Störung (psychiatrische Diagnose)

Ergänzungen im Anhang

## Ernährung

Ist eine Diät erforderlich?  nein  ja Welche?

Bleibt die **ärztliche Versorgung** in unserem Haus durch den Unterzeichnenden weiter bestehen?  ja  nein

Ort / Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Stempel