



Formular

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme in die Tagespflegeeinrichtung

(durch Ihren Hausarzt auszufüllen)

**Tagespflege Mainbrücke
im Marie-Juchacz-Haus
Jägerstraße 15
97082 Würzburg**

Patientendaten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Versichertennummer:	

Diagnosen

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten

Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, **insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen u. a. Bewegungsapparat, Sinnesorgane, Kreislauf:**

Besteht ein/e (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> Trachealkanüle |
| <input type="checkbox"/> Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang |
| <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ernährungssonde |

Besteht ein (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------|--------------------------|

Liegen psychische Störungen/Erkrankungen vor? nein ja , welche

Liegt eine Suchterkrankung vor?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> , welche

Zeigt der Patient Verhaltensstörungen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> aggressives Verhalten | <input type="checkbox"/> Angstzustände |
| <input type="checkbox"/> apathisches Verhalten | <input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen, Halluzinationen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe, nachlaufen | <input checked="" type="checkbox"/> Enthemmtes Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Weglaufen | <input type="checkbox"/> |

Eingeschränkte Orientierung zur Person örtlich zur Situation

Bestätigung des Arztes:

Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose (§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Besteht eine Infektion mit COVID-19	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Besteht ein vollständiger Corona-Impfschutz	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen sonstiger meldepflichtiger Krankheiten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Besteht eine Hepatitis	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Besteht eine Infektion/Kolonisation mit multiresistenten Erregern	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Medikation:

Bitte den aktuellen Medikationsplan beifügen

Sonstiges:

Ort, Datum und **Stempel / Unterschrift des Arztes**