

**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"/> |
|------------------------------------|--------------------------|

<b>Liegen psychische Störungen/Erkrankungen vor?</b>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> , welche

(durch Ihren Hausarzt auszufüllen)

<b>Liegt eine Suchterkrankung vor?</b>	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 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"/>
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**