

## Ärztlicher Fragebogen\_SAA

Name der Einrichtung:

St. Antonius Altenheim

Am Schönenkamp 149, 40599 Düsseldorf

Telefon (0211) 877 499-100 • Telefax (0211) 877 499-102

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Liegt bei dem/der Patienten/in Inkontinenz vor:  JA  NEIN

Stuhlinkontinenz  Harninkontinenz  Katheter  SPU / TUK zuletzt gelegt am \_\_\_\_\_

Liegen Wunden vor?  JA  NEIN

Therapie: \_\_\_\_\_

Besteht eine Suchtkrankheit?  JA  NEIN

Welcher Art? \_\_\_\_\_

Liegen psychische Störungen vor?  JA  NEIN

Welcher Art? \_\_\_\_\_

Besteht eine Hinlauftendenz?  JA  NEIN

Sind ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC oder MRSA bekannt?  JA  NEIN

Bitte genau bezeichnen

Diagnosen (Alternativ Ausdruck anhängen)

Medikamentengabe (Bitte Medikamentenbogen beifügen)

Ärztlich verordnete Behandlungspflegen?  JA  NEIN

Welche? \_\_\_\_\_

Besteht spezielle ambulant palliative Versorgung?  JA  NEIN

Welche? \_\_\_\_\_

Ist Diät/Schonkost erforderlich?  JA  NEIN

Welcher Art? \_\_\_\_\_

Künstliche Ernährung?  JA  NEIN

PEG  Portversorgung  Trinknahrung (oral eingenommen)

Wird ein Sauerstoff-/Beatmungsgerät benötigt?  JA  NEIN

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes