



**Persönlicher Patientenfragebogen**

Vorn.:

Name:

Anreise:

Datum:

Geb.:

Arzt:

Abreise:

**Bitte spätestens 10 Tage vor Aufnahme zurücksenden**

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Konfession  katholisch  evangelisch  Sonstiges \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  verwitwet  Kinder \_\_\_\_\_

Pflegegrad  1  2  3  4  5

Schwerbehinderung  nein  ja GdB  beantragt

Gesetzliche Betreuung  nein  ja

Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht  nein  ja

Name und Telefonnummer von Betreuer oder Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_

Telefonnummer Kontaktperson \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Behandelnder Therapeut \_\_\_\_\_



**Persönlicher Patientenfragebogen**

Vorn.:

Name:

Anreise:

Datum:

Geb.:

Arzt:

Abreise:

**Allgemeine Angaben**

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

 Ja Nein

Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?

 Ja Nein

Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie andere Drogen?

 Ja Nein

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Haben Sie Diabetes?

 Ja Nein

Bekannte Allergien?

 Ja Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Inkontinenz?

 Ja Nein

Besteht ein Dekubitus?

 Ja Nein

Sind Sie dialysepflichtig?

 Ja Nein

Nehmen Sie Marcumar?

 Ja Nein

Benötigen Sie zusätzlich Sauerstoff?

 Ja Nein

Haben Sie eine Ernährungssonde?

 Ja Nein

Haben Sie eine Lebensmittelunverträglichkeit oder eine besondere Kostform?

 Ja Nein

Wenn ja, welche?

---

**Hilfsmittel**

Mobilität

 Gehhilfen Rollator Rollstuhl E- Rollstuhl

Benötigen Sie ein Pflegebett?

 Ja Nein



**Persönlicher Patientenfragebogen**

Vorn.:

Name:

Anreise:

Datum:

Geb.:

Arzt:

Abreise:

## Häusliche Situation

Wie leben Sie zu Hause?  Eigenes Haus/ Eigentumswohnung  Miethaus/Mietwohnung

In welchem Stockwerk?  EG  Stockwerk \_\_\_\_\_  Anzahl der Treppenstufen \_\_\_\_\_

Fahrstuhl vorhanden?  ja  nein

Leben Sie mit Angehörigen zusammen?  allein  mit Angehörigen

Wenn Sie allein leben, sind Angehörige für Sie erreichbar?  ja, wieviel km \_\_\_\_\_  nein

Sind Sie zu Hause auf Hilfe angewiesen?  ja  nein

Wo benötigen Sie Hilfe?  Körperpflege  Essen  Haushalt  Einkauf

Fahren Sie Auto?  ja  nein

## Rente

Sind Sie in Rente?  Ja  Nein Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Haben einen Rentenantrag gestellt?  Ja  Nein Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

## Berufliche Tätigkeit

Sind Sie berufstätig?  Ja  Nein arbeitslos seit \_\_\_\_\_

Berufsabschluss  Ja \_\_\_\_\_  keinen

Zuletzt ausgeübter Beruf?  \_\_\_\_\_  keinen

Aktueller Arbeitgeber (Selbständige bitte Angabe der FA) \_\_\_\_\_

Arbeiten/Arbeiten Sie im Schichtbetrieb?  Ja  Nein



**Persönlicher Patientenfragebogen**

Vorn.:

Name:

Anreise:

Datum:

Geb.:

Arzt:

Abreise:

**Arbeitsunfähigkeit (nur von Berufstätigen auszufüllen)**

Sind Sie arbeitsunfähig?  Ja  Nein Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Anzahl der Tage AU? \_\_\_\_\_ Anzahl der Tage AU letzte 12 Monate? \_\_\_\_\_

**Beschreibung der Arbeit**

Körperliche Arbeitsweise  leicht  mittelschwer  schwer

Arbeitshaltung Stehend  ständig  überwiegend  zeitweise

Sitzend  ständig  überwiegend  zeitweise

Gehend  ständig  überwiegend  zeitweise

Arbeitszeiten  Tagdienst  Schichtdienst  Nachtdienst

Zeitlicher Umfang Stunden/Tag \_\_\_\_\_ Stunden/Woche \_\_\_\_\_

**Chefarztbehandlung gewünscht**  Ja

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner der Versicherung: \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie eine Kopie der Kostenübernahme bei.

**DATUM:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift Patient:** \_\_\_\_\_