



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 Mietshaus/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:** _____