



Ärztlicher Fragebogen TRO_FRA

Persönliche Angaben des Patienten

Name/Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum/Ort	

Ärztliche Diagnosen

Diagnose	Symptome	ICD

Sonstige Beobachtungen & Notwendigkeiten

Ist Diät oder Schonkost erforderlich? (Welche?)	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja: _____ _____ _____



Besteht eine Suchterkrankung? (Welche?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <hr/> <hr/>
Liegen körperliche Behinderungen und/ oder Kontrakturen vor? (Welcher Art?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <hr/> <hr/>
Wie ist die seelische Verfassung des Patienten/ der Patientin? Liegen psychischer Störungen vor? (welcher Art?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <hr/> <hr/>
Allergien	
Sind Allergien bekannt? (Welche?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <hr/> <hr/>

Liegt eine Inkontinenz vor?				
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Form?	<input type="checkbox"/> Stressinkontinenz <input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz <input type="checkbox"/> Reflexinkontinenz			
Bei Inkontinenz bitte Rezept beifügen				



Ansteckende Krankheiten	
<p>Ist der Patient frei von ansteckenden und/ oder meldepflichtigen Erkrankungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein:</p> <hr/> <hr/>
<p><i>Ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz ist erforderlich</i></p>	

Medikamente (Welche Medikamente müssen verabreicht werden?)				
Medikament:	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Bedarfsmedikamente mit Indikation & Dosierung				
Medikament:	Morgens	Mittags	Abends	Nachts



Injektion				
Medikament:	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Verordnungspflichtige Behandlungspflege nach SGB V					
Katheterisierung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Art:		Charrière:		Wechselintervall	
Stomaversorgung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Art:		Versorgung:		Wechselintervall	
Wundversorgung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Lokalisation		Art:		Wechselintervall	
Versorgung:					
PEG ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					

Fachärzte	
1.	Fachrichtung:
2.	Fachrichtung:

Diese Gutachten beruhen auf einer persönlichen Untersuchung