Ärztlicher Fragebogen

Seniorenzentrum der Stadtgemeinde Reutte
Haus zum Guten Hirten
Allgäuer Straße 19, 6600 Reutte
T: +43 5672 72302 E: seniorenzentrum@reutte.at

Stadtgemeinde Reutte

Zur bestmöglichen Vorbereitung und um die ideale Betreuung anbieten zu können bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Falls vorhanden, legen Sie bitte aktuelle und relevante Arztbriefe oder fachärztliche Befunde bei. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Angaben zur Person:

Familienname:		Vorname:	
SVR Nr.:		Geburtsdatum:	
Hausarzt:			

Diagnosen:

Hauptdiagnosen:

Weitere Diagnosen:

Allergien:

☐ es sind keine bekannt

Ärztlich angeordnete Maßnahmen:

☐ es sind keine angeordnet

z.B.: Diäten, Häufigkeit Blutdruckkontrolle, Blutzuckerkontrolle, Trinkprotokoll, Gewichtskontrolle, Bandagieren etc.

Maßnahmen:	Häufigkeit

Ärztlicher Fragebogen

Seniorenzentrum der Stadtgemeinde Reutte
Haus zum Guten Hirten
Allgäuer Straße 19, 6600 Reutte
T: +43 5672 72302 E: seniorenzentrum@reutte.at

Stadtgemeinde Reutte

Medikamente:

☐ es liegt stattdessen ein **unterschriebenes** Medikamentenblatt bei

Hinweis: Bitte inkl. Angabe **rezeptfreier** Arzneimittel (wie z.B.: Salben, Cremen, Tropfen, Granulate, etc.)

Dauermedikation:	nüchtern	morgens	mittags	abends	nachts

Einzelfallmedikation:	Anwendungsgrund	max. Häufigkeit

Ärztlicher Fragebogen

Seniorenzentrum der Stadtgemeinde Reutte
Haus zum Guten Hirten
Allgäuer Straße 19, 6600 Reutte
T: +43 5672 72302 E: seniorenzentrum@reutte.at

Stadtgemeinde Reutte

Hautbild: Hautbild ist intakt? ☐ Nein ☐ Ja

Hautstatus:

Hautpflege:

Wundbeschreibung: ☐ es liegt stattdessen ein **unterschriebenes** Wundversorgungsblatt bei

1.Wunde:

Wundart: Lokalisation:

Wundstatus: z.B.: Größe der Wunde, Wundtiefe, Wundheilungsphase, Wundrand , Wundumgebung, Infektion etc.

Versorgung:

Häufigkeit:

2.Wunde:

Wundart: Lokalisation:

Wundstatus:

Versorgung:

Häufigkeit:

3.Wunde:

Wundart: | Lokalisation:

Wundstatus:

Versorgung:

Häufigkeit:

Suchtkrankheiten und Abhängigkeiten:

Alkohol ☐ Nein ☐ Ja ☐ in Alkoholabstinenz

Zigaretten ☐ Nein ☐ Ja

Medikamentenmissbrauch ☐ Nein ☐ Ja

wenn Ja, welche Medikamente?

Sonstiges:

Sonstiges, weitere wichtige Informationen:

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin:

Ort, Datum

Unterschrift + Stempel