

Ärztlicher Erhebungsbogen

Vom behandelnden Arzt auszufüllen!

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Vor- und Familienname	Geburtsdatum
Anschrift	

Diagnosen

<p>.....</p> <p>.....</p>

Besonderheiten (z.B. Trachealkanülen, Zentralvenenkatheter, Stoma, ...)

NEIN JA, welche

Vorerkrankungen bzw. Operationen

Risikofaktoren, Allergie:

Derzeitige Beschwerden:

Ernährung <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG, -parenteral	Infektiöse Krankheiten (TBC, Hepatitis, HIV, MRSA, ...) <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, welche:
Geistig-psychische Störungen (z.B. Demenz, Epilepsie, Psychose) <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, Diagnose:	Suchtkrankheit <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, welche:

Medikamente

	F	M	A	N

.....
Ort, Datum

.....
Stempel u. Unterschrift