

# Ärztlicher Fragebogen



Ansprechpartner:  
Hr. Sulejmani, Agim, Tel.: 040 60 60 13 60, [sulejmani@hzhg.de](mailto:sulejmani@hzhg.de)

Hospital zum Heiligen Geist  
Kundenzentrum  
Hinsbleek 11, 22391 Hamburg  
☎ 040 – 6060 1111  
Fax 040 – 6060 1129  
[www.hzhg.de](http://www.hzhg.de)

## Persönliche Daten

Name, Vorname	<input type="text"/>				
Anschrift	<input type="text"/>				
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Größe	<input type="text"/>	Gewicht	<input type="text"/>

## Diagnosen

Hauptdiagnosen (Demenz, Parkinson etc.)	<input type="text"/>
---	----------------------

Diabetes mellitus	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
-------------------	----	--------------------------	------	--------------------------

Allergien/Unverträglichkeiten	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------

Wenn ja. Welche?	<input type="text"/>			
------------------	----------------------	--	--	--

Suchterkrankungen	Rauchen	<input type="checkbox"/>	Alkohol	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>
-------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	-----------	--------------------------

Örtlich orientiert?	Ja	<input type="checkbox"/>	Gelegentlich	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
---------------------	----	--------------------------	--------------	--------------------------	------	--------------------------

Zeitlich orientiert?	Ja	<input type="checkbox"/>	Gelegentlich	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
----------------------	----	--------------------------	--------------	--------------------------	------	--------------------------

Nachts ruhig?	Ja	<input type="checkbox"/>	Gelegentlich	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
---------------	----	--------------------------	--------------	--------------------------	------	--------------------------

Bewegungsdrang?	Ja	<input type="checkbox"/>	Gelegentlich	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
-----------------	----	--------------------------	--------------	--------------------------	------	--------------------------

Ständige Beaufsichtigung notwendig?	Ja	<input type="checkbox"/>	Gelegentlich	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
---	----	--------------------------	--------------	--------------------------	------	--------------------------

**Ansteckende Erkrankungen  
(Bescheinigung nach gesetzlichen Bestimmungen)**

TBC  HIV  MRSA  Hepatitis A,B,C

**Mobilität: Bewegung**

Selbständig  Rollator

Rollstuhl  Erhöhte Sturzgefahr

**Ausscheidung**

Harninkontinenz  Stuhlinkontinenz  Anus Praeter

Transurethraler DK  Suprapubischer DJ

**Besonderheiten**

Trachealkanüle  Herzschrittmacher  Insulinpumpe

Oxymat  Magensonde  Anus Praeter

Prothesen  Welche?

Ort, Datum

Stempel + Unterschrift des  
Arztes

**Bitte fügen Sie einen aktuellen Medikamentenplan bei.**

**Füllen Sie dieses Formular bitte vollständig aus und senden es via Fax zurück an:  
040 – 6060 1129**