



Ärztlicher Fragebogen

Vor-und Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Benötigt der Patient

Hilfe beim	Ja	Nein	Gelegentlich		Ja	Nein	Gelegentlich
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Ist der Patient desorientiert?

	Ja	Nein	Gelegentlich		Ja	Nein	Gelegentlich
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten Nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Liegt Inkontinenz vor?

	Ja	Nein	Gelegentlich
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, in welcher Form?

Stressinkontinenz

Dranginkontinenz

Diagnosen:

Medikation:

Wie ist die Gemütsverfassung?

**Besteht eine psychische Störung
oder Suchtkrankheit?**

Aufenthalt in Psychiatrischer Klinik?

**Besteht eine körperliche Behinderung,
wenn ja, welcher Art?**

**Bestehen ansteckende Krankheiten,
z. B. TBC, MRSA?**

**Liegen Informationen zu Schmerzen vor?
(Schmerzlokalisierung/Schmerzdiagnose)**

**Ist Diät/Schonkost erforderlich?
Wenn ja, welcher Art?**

Hinweise/Bemerkungen des Arztes:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufnehmenden Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes