



Ärztlicher Fragebogen

1 **Name, Vorname**

Straße, Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Geburtsdatum

vor der Aufnahme:

Selbständiger Haushalt

Ja Nein

Krankenhausaufenthalt

Ja Nein

2. **Benötigt der /die Patient/in Hilfen beim**

	Nein	Selten	Häufig	Immer		Nein	Selten	Häufig	Immer
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

3. **Ist der/die Patient/in**

	Nein	Selten	Häufig	Immer
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weglaufgefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **Treten nachts**

	Nein	Selten	Häufig	Immer
Unruhezustände auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. **Ist der/die Patient/in**

bettlägrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. **Ist der/die Patient/in inkontinent**

	Nein	Selten	Häufig	Immer
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"/>

7. **Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, bitte genau bezeichnen)**

.....

.....

8. **Bestehen ansteckende Krankheiten (z.B. Tuberkulose o.ä.)? (Wenn ja, bitte genau bezeichnen)**

.....

.....

9. **Liegen psychische Störungen vor? (Wenn ja, welcher Art)**

.....

.....

10. **Wie ist die seelische Verfassung?**

.....
.....

11. **Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja, bitte genau bezeichnen)**

.....
.....

12. **Diagnosen**

.....
.....
.....

13. **Welche Medikamente müssen verabreicht werden?**

	<i>Morgens</i>	<i>Mittags</i>	<i>Abends</i>	<i>Nachts</i>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. **Ist Diät erforderlich? (Wenn ja, welcher Art)**

.....
.....

15. **Hinweise und Bemerkungen**

.....
.....
.....

Ort

Datum

.....
.....

Stempel und Unterschrift des Arztes