



Ärztlicher Fragebogen

| | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Name, Vorname | | | | | geborene | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | | | | | | |
| Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim | | | | | | | | | | |
| | Nein | Gelegentlich | Häufig | Dauernd | | Nein | Gelegentlich | Häufig | Dauernd | |
| 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"/> | |
| Treppen steigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aufstehen a.d.Bett | <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 d. 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"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ist der/die Patient/in | | | | | | | | | | |
| | Nein | Gelegentlich | Häufig | Dauernd | | Nein | Gelegentlich | Häufig | Dauernd | |
| zeitlich desorientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Situativ desorientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| örtlich desorientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Treten nachts Unruhezustände auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| persönlich desorientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist der/die Patient/in bettlägrig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Liegt Inkontinenz vor? | | | | | | | | | | |
| | Nein | Gelegentlich | Häufig | Dauernd | | Nein | Gelegentlich | Häufig | Dauernd | |
| Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sturzgefahr | | | | | |
| Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Wenn ja, in welcher Form? | <input type="checkbox"/> | Stressinkontinenz | <input type="checkbox"/> | Dranginkontinenz | <input type="checkbox"/> | Reflexinkontinenz | <input type="checkbox"/> | Überlaufinkontinenz | <input type="checkbox"/> | Extraretrale Inkontinenz |
| Wie ist die Gemütsstimmung? (seelische Verfassung) | | | | | | | | | | |
| Besteht eine Suchtkrankheit? Wenn ja, welche? | | | | | | | | | | |
| Besteht körperliche Behinderung? Wenn ja, welcher Art? | | | | | | | | | | |
| Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welcher Art? | | | | | | | | | | |
| Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? Bitte genau bezeichnen | | | | | | | | | | |
| Liegt ein ärztliches Zeugnis nach §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz vor? | <input type="checkbox"/> Ja | | | | <input type="checkbox"/> Nein | | | | | |

| | |
|--|---|
| Liegen Informationen zu Schmerzen vor? (Schmerzlokalisierung, Schmerzdiagnose) | |
| Diagnosen | |
| Welche Medikamente müssen verabreicht werden? Bitte Medikamentenplan mit-/angeben | |
| Liegen Informationen zu MRSA vor? | ja <input type="checkbox"/> nämlich: nein <input type="checkbox"/> |
| Ist Diät/Schonkost erforderlich? Wenn ja, welcher Art? | |
| Hinweise Bemerkungen Allergien/Unverträglichkeiten | |
| Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person | |
| Ort, Datum | Stempel und Unterschrift des Arztes |
| | |