

Ärztlicher Fragebogen

für

Name, Vorname: _____ **geb.am:** _____

benötigt Hilfe *

Pflegebedürftigkeit

	ja	nein
tägliche Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gang zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gebrauch von Hilfsmitteln

	ja	nein
Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt eine Inkontinenz vor?

	ja	nein
Harn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientierung

	ja	zeitweise	nein
Zeitlich Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist der Gemütszustand?

Bestehen körperliche Behinderungen? (Wenn ja, welche?)

Bestehen Suchtkrankheiten(wenn ja, welche)

Bestehen ansteckende Krankheiten wie TBC, MRSA, Hepatitis u.ä.?

Diagnosen:

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Weitere Bemerkungen/ Hinweise:

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift des Arztes