

Tel: 02630/9677-0
Fax:02630/9677-113

Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname:	
Geburtsname:	Geburtsdatum:

Ist der/die Patient/in gehfähig?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ist der/die Patient/in häufig bettlägerig?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Liegt eine Urininkontinenz vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Liegt eine Stuhlinkontinenz vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Benötigt der/die Patient/in Hilfe bei folgenden Tätigkeiten?

Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	An/Auskleiden	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>		
Körperpflege	<input type="checkbox"/>		
sonstige Hilfe:	_____		

Ist der/die Patient/in orientiert?	zeitlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	teils <input type="checkbox"/>
	örtlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	teils <input type="checkbox"/>
	nachts	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	teils <input type="checkbox"/>

Gemütsstimmung: freundlich/willig verdrießlich

Suchterkrankung: nein ja, welche? _____

Gefährliche Eigenschaften: nein ja, welche? _____

Körperliche Behinderungen: _____

Liegt ein Dekubitus vor ? ja nein

Geistig-seelische Behinderungen: _____

Diagnosen: _____

Frei von ansteckenden Krankheiten (TBC, MRSA)? (gemäß § 36 Abs. 4 Satz 1 Infektionsschutzgesetz) ja nein

wenn nein, welche ? _____

Medikamente: _____

Ort/Datum: _____ **Unterschrift/Stempel:** _____