

Ärztlicher Fragebogen

Seite 1 - Bitte in Blockschrift ausfüllen! -

Name, Vorname	
Geburtsdatum	

01. Ist der Patient gehfähig? ja nein mit Hilfe
 02. Treppensteigen möglich? ja nein mit Hilfe
 03. Ist der Patient häufig bettlägerig? ja nein
 04. Ständig bettlägerig? ja nein
 05. Stuhlinkontinenz? ja nein gelegentlich
 06. Urininkontinenz? ja nein gelegentlich

Fremder Hilfe bedürftig:	Nein	Gelegentlich	Häufig	Ständig
Beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

08. Ist der Patient örtlich orientiert? ja nein nicht immer
 09. Ist der Patient zeitlich orientiert? ja nein nicht immer
 10. Ist der Patient situativ orientiert? ja nein nicht immer
 11. Ist der Patient nachts ruhig? ja nein nicht immer
 12. Neigung zum Weglaufen ja nein
 13. Gemütsstimmung willig freundlich depressiv unzufrieden

14. Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche?)

15. Liegen psychische Auffälligkeiten vor? (Selbstmordäußerungen, -versuche, Aggressives Verhalten)

16. Wie lauten die Diagnosen? Wann wurde die Diagnose erstellt?

Diagnose:	Erstellt am:

Ärztlicher Fragebogen

Seite 2 - Bitte in Blockschrift ausfüllen! -

17. Bestehen ansteckende Krankheiten?

18. Besteht ein Dekubitus (Druckgeschwür)? (Wenn ja wo, welcher Grad?)

19. Ist eine Diät erforderlich? (wenn ja, welche?)

20. Medikation mit Dosierung?

21. Hinweise, Bemerkungen

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes
