



Ärztlicher Fragebogen

1 **Name, Vorname** _____ **Geburtsdatum** _____
Straße, Nr. _____ **vor der Aufnahme:** _____
PLZ/Ort _____ **Selbständiger Haushalt** Ja Nein
Telefon _____ **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. Coronastatus der /die Patient/in

geimpft wann: _____
 genesen wann: _____

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

.....

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

.....

10 Liegen psychische Störungen vor? (Wenn ja, welcher Art)

.....

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

.....
.....

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

.....
.....

13. **Diagnosen**

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

14. **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"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....
.....

16. **Hinweise und Bemerkungen**

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

Ort

Datum

.....
.....

Stempel und Unterschrift des Arztes