



## 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