



ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Einstufung in eine Pflegestufe? nein ja Pflegegrad:

Diagnosen:

Körperliche Behinderungen:

Geistig-seelische Störungen:

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? Ja Nein

Liegt eine Suchterkrankung vor? Ja Nein

Auswirkungen der Behinderungen und Krankheiten:

Gehunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Persönliche Orientierung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Wandertrieb / Bettflucht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein

Zusätzliche Bemerkungen:

Der Patient benötigt Hilfe:

Essen / Trinken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Waschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Verlassen / Aufsuchen des Bettes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein
Aufstehen aus dem Stuhl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zeitweilig	<input type="checkbox"/> Nein

Zusätzliche Informationen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes