

Ärztlicher Fragebogen

1. Vor- Zuname..... Geburtsdatum.....

2. Liegt ein Pflegegrad vor? Nein Ja Pflegegrad.....

3. Diagnosen.....

.....

4. Körperliche Behinderungen.....

5. Geistig-seelische Störungen.....

6. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? Ja Nein

7. Liegt eine Suchterkrankung vor? Ja Nein

8. Auswirkungen der Behinderungen und Krankheiten:

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

Zusätzliche Bemerkungen:.....

9. Der Patient benötigt Hilfe:

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

Zusätzliche Informationen:.....

....., den.....

(Ort)

(Datum)

.....

(Unterschrift und Stempel des Arztes)