

## Ärztlicher Fragebogen

<b>1. Vor und Zuname:</b>									
<b>Anschrift:</b>									
<b>Geburtsdatum:</b>									
<b>2. Benötigt der/die Pat./in Hilfe beim</b>	nein	geleg.	häuf.	dauer.		nein	geleg.	häuf.	dauer.
Gehen					Frisieren/Rasieren				
Treppensteigen					Aufstehen (a.d. Bett)				
Essen					Zu Bett gehen				
Waschen					Benutzen der Toilette				
Ankleiden									
<b>3. Ist der/die Pat./in orientiert?</b>	nein	geleg.	häuf.	dauer.		nein	geleg.	häuf.	dauer.
Zeitlich					<b>4. Treten nachts Unruhezustände auf? 5. Ist der/die Pat./in bettlägerig?</b>				
Örtlich									
Persönlich									
Situativ									
<b>6. Liegt Harninkontinenz vor?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Wenn Ja, welche Form?						
<b>7. Liegt Stuhlinkontinenz vor?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
<b>8. Wie ist die Gemütsstimmung?</b>									
<b>9. Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja, welche?)</b>									
<b>10. Bestehen ansteckende Krankheiten?</b>									
<b>11. Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welcher Art?)</b>									
<b>11a. Besteht eine ansteckungs-fähige Tuberkulose der Atmungsorgane? § 36 Abs. 4 (IfSG)</b>									

**12. Diagnosen:**

**Mini-Mental-Status:**            Pkt.

**13. Liegt Heimpflege-  
bedürftigkeit des/der  
Pat./in vor?**

**14. Welche  
Medikamente  
müssen gegeben  
werden?**

<i>morgens</i>	<i>mittags</i>	<i>abends</i>	<i>nachts</i>

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

**16. Hinweise,  
Bemerkungen,  
Allergien:**

**Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.**

**Ort/Datum:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Stempel und Unterschrift des Arztes**