

Ärztlicher Fragebogen

1. Vor und Zuname:									
Anschrift:									
Geburtsdatum:									
2. Benötigt der/die Pat./in Hilfe beim	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									
3. Ist der/die Pat./in orientiert?	nein	geleg.	häuf.	dauer.		nein	geleg.	häuf.	dauer.
Zeitlich					4. Treten nachts Unruhezustände auf? 5. Ist der/die Pat./in bettlägerig?				
Örtlich									
Persönlich									
Situativ									
6. Liegt Harninkontinenz vor?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Wenn Ja, welche Form?						
7. Liegt Stuhlinkontinenz vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
8. Wie ist die Gemütsstimmung?									
9. Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja, welche?)									
10. Bestehen ansteckende Krankheiten?									
11. Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welcher Art?)									
11a. Besteht eine ansteckungs-fähige Tuberkulose der Atmungsorgane? Letzte Röntgenaufn. am:									

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:**

**17. Liegt ein
ausreichender
Impfschutz gegen
Masern vor? (gilt für
ab 1970 geborene)**

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort/Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes