

Ärztlicher Fragebogen

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:

gehen	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
essen	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
waschen	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
ankleiden	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Transfers	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Toilettengang	nein	gelegentlich	häufig	dauernd

ist der Patient zeitlich orientiert ?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
--	------	--------------	--------	---------

ist der Patient persönlich orientiert ?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
--	------	--------------	--------	---------

ist der Patient situativ orientiert ?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
--	------	--------------	--------	---------

ist der Patient örtlich orientiert ?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
--	------	--------------	--------	---------

treten nächtliche Unruhezustände auf ?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
--	------	--------------	--------	---------

ist der/die Patientin bettlägerig ?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
--	------	--------------	--------	---------

Liegt Stuhlinkontinenz vor ?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
--	------	--------------	--------	---------

Liegt Urininkontinenz vor ?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
--	------	--------------	--------	---------

Besteht eine Suchtkrankheit? - wenn ja, welche ?

Besteht eine körperliche Behinderung ? - wenn ja welche?

Liegen psychische Störungen vor? - wenn ja welche ?	
bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC, AIDS, Hepatitis, MRSA?(bitte genau bezeichnen)	
aktuelle und evtl frühere Diagnosen (gerne mit ICD - Code)	
Welche Medikamente müssen verabreicht werden	
	morgens mittags abends nachts
Ist Dät / Schonkost erforderlich, wenn ja welcher Art?	
Werden weitere Hilfsmittel benötigt - wenn ja, welche ?	
Müssen weitere Therapien organisiert werden? - wenn ja, welche ?	
Hinweise, Bemerkungen, Allergien, Sauerstofftherapie?	
Ort & Datum:	Stempel und Unterschrift des ARZTES