

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme

Personalien

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:	nein gelegentlich häufig dauernd					nein gelegentlich häufig dauernd			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Ist der/die Patient/in	Nein gelegentlich häufig dauernd					Treten nachts Unruhezustände auf?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitl. desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtl.. desorientiert:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ist der/die Patientin bettlägerig?			
Persönl. desorientiert:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ desorientiert:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Liegt Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Wenn ja in welcher Form:

Stressinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz extraurethale Inkontinez

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?

Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welche)?

Liegen physische Störungen vor (wenn ja, welche)?

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC (bitte genaue Bezeichnung)?

Diagnose

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Ist Diät / Schonkost erforderlich (wenn ja, welche)?

Hinweise / Bemerkungen

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes
