

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Wohnereinzug

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Der/die Patient/in benötigt Hilfen beim:

	nein	ab und zu	fast immer	immer
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<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"/>
Waschen	<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"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<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"/>

Der/die Patient/in ist:

	nein	ab und zu	fast immer	immer
nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harninkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist die Gemütsstimmung?

.....

Liegen geistig-seelische Störungen vor? nein ja , welche?

.....

Besteht eine Suchtkrankheit? nein ja , welche?

.....

Besteht eine körperliche Behinderung? nein ja , welche?

.....

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. Tuberkulose? nein ja , welche?
(genaue Bezeichnung)

.....

Welche Krankheiten liegen vor? (Diagnosen)

.....

.....

Ist eine besondere Kost erforderlich? nein ja , welche?

.....

Sonstige Bemerkungen:

.....

Ist eine Änderung des gesundheitlichen Zustandes zu erwarten? nein ja

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes