

## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Bewohnereinzug

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

**\*Bitte eine Kopie des aktuellen Medikamentenplans beifügen**

Mitgeltendes Dokument	Version	Stand	Seite
Kapitel G 1	2	10.05.2024	1 von 1