

Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Hilfebedarf des Patienten

Gehen

Treppen steigen

Essen

waschen

Ankleiden

Frisieren / Rasieren

Aufstehen (aus d. Bett)

Zu Bett gehen

Benutzen der Toilette

Orientierung des Patienten

zeitlich desorientiert

örtlich desorientiert

persönlich desorientiert

situativ desorientiert

Tritt nachts Unruhe auf

Ist der Patient bettlägrig ?

Inkontinenz

Stuhlinkontinenz

Harninkontinenz

Gemütsstimmung
seelische Verfassung

Psychische Störungen ?

Besteht körperliche
Behinderung
(welche)

Besteht Suchtkrankheit
(welche ?)

Allergien
(mit Allergiepass)

Bestehen ansteckende
Krankheiten (TBC o.ä.)
(lt. § 36 IfSG)

frei von MRSA

Ja Nein

frei von ESBL

Ja Nein

Diagnosen

**Medikamente
Verordnungen**

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

**Hinweise
Bemerkungen**

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort, Datum