

Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Allgemein

Diagnosen:

Aktuelle Medikation:

Liegen ansteckende Erkrankungen vor? (z. B. MRSA, TBC etc.)

Nein Ja, welche? _____

Liegt Dekubitus vor?

nein ja, wo? _____

Besteht nächtliche Unruhe?

nein ja teilweise

Funktionen

Bettlägerig ja nein teilweise

Gehfähig ja nein mit Hilfe

Urininkontinent ja nein teilweise

Stuhlinkontinent ja nein teilweise

Orientierung

Örtlich ja nein teilweise

Zeitlich ja nein teilweise

Zur Person ja nein teilweise

Situativ ja nein teilweise

Bestehender Hilfebedarf

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> beim Essen | <input type="checkbox"/> beim Trinken | <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Toilettennutzung | <input type="checkbox"/> Gehen / Stehen |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen | <input type="checkbox"/> Zubettgehen | <input type="checkbox"/> Lagern |

Gemütsstimmung

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> aggressiv |
| <input type="checkbox"/> motiviert | <input type="checkbox"/> depressiv |
| <input type="checkbox"/> kooperativ | <input type="checkbox"/> abwehrend |

Ernährung

Liegen Schluckbeschwerden vor?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Kostform:

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Normalkost | <input type="checkbox"/> passierte Kost | <input type="checkbox"/> Sondenkost / PEG |
|-------------------------------------|---|---|

Heil- und Hilfsmittel

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Prothesen | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

Sonstige Hinweise / Bemerkungen

Ort, Datum _____

Unterschrift / Stempel des Arztes _____

Wichtiger Hinweis: Dieser Fragebogen muss bei Aufnahme aktuell sein und von einem Arzt ausgefüllt werden.