

Nr. 25 Ärztlicher Fragebogen

1. Vor- und Zuname.....

Geburtsdatum.....

2. Benötigt der/die

Patient/in

Hilfen beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
• Gehen	☐	☐	☐	☐
• Treppensteigen	☐	☐	☐	☐
• Aufstehen (aus dem Bett)	☐	☐	☐	☐
• Essen	☐	☐	☐	☐
• Waschen	☐	☐	☐	☐
• Frisieren/Rasieren	☐	☐	☐	☐
• Zu Bett gehen	☐	☐	☐	☐
• Benutzen der Toilette	☐	☐	☐	☐
• Ankleiden/ Auskleiden	☐	☐	☐	☐
Bei....	☐	☐	☐	☐

3. Ist der/die Patient/in

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Zeitlich	☐	☐	☐	☐
Örtlich	☐	☐	☐	☐
Persönlich	☐	☐	☐	☐
Situativ	☐	☐	☐	☐

desorientiert?

4. Treten nachts Unruhezustände auf? ☐ ☐ ☐ ☐

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig? ☐ ☐ ☐ ☐

6. Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz	☐	☐	☐	☐
Harninkontinenz	☐	☐	☐	☐

(wenn ja, in welcher Form?)

☐	☐	☐	☐	☐
Stress- Inkontinenz	Drang- Inkontinenz	Reflex- Inkontinenz	Überlauf- Inkontinenz	extraurethrale Inkontinenz

7. Wie ist die Gemütsstimmung

(die seelische Verfassung)?.....
.....
.....
.....

Nr. 25 Ärztlicher Fragebogen

8. Besteht eine Sucht-Krankheit
(wenn ja, welche)?.....
.....
.....

9. Besteht körperliche Behinderung
(wenn ja, welcher Art)?.....
.....
.....

10. Liegen physische Störungen vor
(wenn ja, welcher Art)?.....
.....
.....

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC?
(bitte genau bezeichnen).....
.....
.....

12. Diagnose(n)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?
.....
.....
.....
.....
.....
.....

14. Ist Diät/Schonkost erforderlich?
(wenn ja, welcher Art?).....
.....
.....

15. Hinweise, Bemerkungen/ ggf. zusätzliche ärztliche Verordnungen (z.B. PT)
.....
.....
.....
.....

Dieses Gutachten beruht auf
einer persönlichen Untersuchung
der aufzunehmenden Person.

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort: _____ Datum: _____