

# Ärztlicher Fragebogen

<b>Name:</b>				
<b>Vorname:</b>				
<b>Geburtsdatum:</b>				
<b>Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:</b>				
gehen	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
essen	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
waschen	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
ankleiden	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Transfers	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Toilettengang	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
<b>ist der Patient zeitlich orientiert ?</b>				
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
<b>ist der Patient persönlich orientiert ?</b>				
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
<b>ist der Patient situativ orientiert ?</b>				
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
<b>ist der Patient örtlich orientiert ?</b>				
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
<b>treten nächtliche Unruhezustände auf ?</b>				
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
<b>ist der/die Patientin bettlägerig ?</b>				
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
<b>Liegt Stuhlinkontinenz vor ?</b>				
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
<b>Liegt Urininkontinenz vor ?</b>				
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
<b>Besteht eine Suchtkrankheit? - wenn ja, welche ?</b>				
<b>Besteht eine körperliche Behinderung ? - wenn ja welche?</b>				

Liegen psychische Störungen vor? - wenn ja welche ?	
bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC, AIDS, Hepatitis, MRSA?(bitte genau bezeichnen)	
aktuelle und evtl frühere Diagnosen ( gerne mit ICD - Code)	
Welche Medikamente müssen verabreicht werden	
	morgens   mittags   abends   nachts
Ist Dät / Schonkost erforderlich, wenn ja welcher Art?	
Werden weitere Hilfsmittel benötigt - wenn ja, welche ?	
Müssen weitere Therapien organisiert werden? - wenn ja, welche ?	
Hinweise, Bemerkungen, Allergien, Sauerstofftherapie?	
Ort & Datum:	Stempel und Unterschrift des ARZTES