

## Ärztlicher Fragebogen

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen (x), ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben

1. Vor- und Zuname			
2. Geburtstag			
3. Ist der Patient gehfähig?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
4. Treppensteigen möglich?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
5. Ist der Patient häufig bettlägerig?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
6. Ständig bettlägerig?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
7. Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
8. Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
9. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="radio"/> beim Essen	<input type="radio"/> beim Aufstehen aus dem Bett	
	<input type="radio"/> beim Ankleiden	<input type="radio"/> beim benutzen der Toilette	
	<input type="radio"/> beim Waschen	<input type="radio"/> beim Lagern zur Nachtruhe	
	<input type="radio"/> beim Frisieren / Rasieren	<input type="radio"/> beim .....	
10. Örtlich orientiert?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht immer
11. Zeitlich orientiert?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht immer
12. Persönlich orientiert?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht immer
13. Situativ orientiert?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht immer
14. Nachts ruhig?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht immer
15. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche?	
16. Suchtkrankheit?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, welche?	

17. Körperliche Behinderung (en) – Art

---

18. Sind Hilfsmittel nötig?

Brille  Nein  Ja

Kontaktlinsen  Nein  Ja

Hörgerät  Nein  Ja

Rollstuhl  Nein  Ja

Laufgestell  Nein  Ja

Gehstock  Nein  Ja

Gebiss oben  Nein  Ja

Prothesen  Nein  Ja, welche?

Gebiss unten  Nein  Ja

19. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

---

20. Diagnosen:

---

---

21. Regelmäßige Medikamente:

---

---

22. Einnahme der Medikamente selbstständig?  Ja  Nein

23. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten?  Ja  Nein

24. Diätkost?  Ja  
 Nein

25. Insulin?  Ja  
 Nein

26. Körpergröße: ..... cm      Körpergewicht: ..... kg

27. Hinweisungen und Bemerkungen des Arztes:

---

---

....., den .....

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes