



Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Benötigt der/die
Patient/in Hilfen
beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die
Patient/in
zeitlich orientiert

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten nachts Un-
ruhezustände auf?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

örtlich orientiert

persönlich

orientiert

situativ orientiert

Ist der/die Patient/in
bettlägerig?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz

Harninkontinenz

(wenn ja, in welcher
Form?)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Streßinkontinent

Drang-
inkontinent

Reflex-
inkontinent

Überlauf-
inkontinenz

Extraurethrale
Inkontinenz

Wie ist die Gemüts-
Stimmung (die seelische
Verfassung)

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

Besteht körperliche
Behinderung (wenn ja,
welcher Art)

Liegen psychische

--

Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?	

Letzter Krankenhaus- oder Psychiatrie-Aufenthalt (Bitte dazu Arztbriefe aushändigen)	
--	--

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC/MRSA/etc.? (bitte genau bezeichnen)	

Diagnose	

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	

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

Hinweise, Bemerkungen, Infos zur Notwendigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen	

Dieses Gutachten
beruht auf einer persönlichen Untersuchung
der aufzunehmenden
Person

Ort
Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes