

Ärztlicher Fragebogen									
Vor- und Zuname					Geburtsdatum				
Benötigt der/die PatientIn Hilfe beim:									
	nein	gelegentl.	häufig	dauernd		nein	gelegentl.	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"/>
Treppen steigen	<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"/>	Zu Bett gehen	<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"/>	Benutzen d. Toilette	<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"/>					
Ist der/die PatientIn orientiert?									
	nein	gelegentl.	häufig	dauernd		nein	gelegentl.	häufig	dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen bei dem/der PatientIn					Ist der/die PatientIn				
	nein	gelegentl.	häufig	dauernd		nein	gelegentl.	häufig	dauernd
nächtliche Unruhezustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Inkontinenz vor?									
	nein	gelegentl.	häufig	dauernd		nein	gelegentl.	häufig	dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?									
Besteht eine Sucht-Krankheit?				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	
Besteht eine körperliche Behinderung?				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art?	
Liegen psychische Störungen vor?				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art?	
Bestehen ansteckende Krankheiten?				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Bitte genau bezeichnen:	
Liegt eine Infektion mit MRSA-Erregern vor?				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte detaillierte Information:	
Liegt eine Hautschädigung (Dekubitus o.ä.) vor?				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte detaillierte Information:	

