

## Ärztlicher Fragebogen

<b>Vor- und Zuname</b>					<b>Geburtsdatum</b>					
<b>Benötigt die Patientin/der Patient Hilfe beim:</b>										
	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"/>						
<b>Ist die Patientin/der Patient orientiert?</b>										
	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"/>	
<b>Bestehen bei der Patientin/dem Patienten</b>					<b>Ist die Patientin/der Patient</b>					
	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"/>	
<b>Liegt eine Inkontinenz vor?</b>										
	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"/>	
<b>Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?</b>										
<b>Besteht eine Sucht-Krankheit?</b>				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?		
<b>Besteht eine körperliche Behinderung?</b>				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art?		
<b>Liegen psychische Störungen vor?</b>				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art?		
<b>Bestehen ansteckende Krankheiten?</b>				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Bitte genau bezeichnen:		
<b>Liegt eine Infektion mit MRSA-Erregern vor?</b>				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte detaillierte Information:		
<b>Liegt eine Hautschädigung (Dekubitus o.ä.) vor?</b>				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte detaillierte Information:		

<b>Diagnose(n)</b>	
<b>Welche Medikamente müssen verabreicht werden? Bitte genaue Angaben zur Dosierung:</b>	
<b>Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)</b>	
<b>Hinweise, Bemerkungen</b>	
<b>Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der Heimplatzbewerberin/ des Heimplatzbewerbers</b>	
<b>Ort, Datum</b>	<b>Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes</b>