

Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname					Geburtsdatum				
Benötigt die Patientin/der Patient 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 die Patientin/der Patient 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 der Patientin/dem Patienten					Ist die Patientin/der Patient				
	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:

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