

# Ärztlicher Fragebogen

<b>Vor- und Zuname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>								
<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>								
<b>Benötigt der/die Patient*in 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"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus d. 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"/>	Medikamenten Einnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ist der/die Patient*in 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 dem/der Patient*in</b>				<b>Ist der/die Patient*in</b>					
	nein	gelegentl.	häufig	dauernd		nein	ja		
nächtliche Unruhezustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dauerhaft bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Liegt 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 Stimmungslage?</b>									
ausgeglichen	stark schwankend	gehoben	gedrückt	ängstlich	zurückgezogen	aggressiv			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Nähere Ausführungen zur Stimmungslage:</b>									
<b>Bestehen Suchtkrankheiten?</b>				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	(Wenn ja, bitte näher ausführen):			
<b>Bestehen körperliche Beeinträchtigungen beim:</b>				(Wenn ja, bitte näher ausführen):					
Sehen <input type="checkbox"/>	Sprechen <input type="checkbox"/>	Hören <input type="checkbox"/>	Bewegen <input type="checkbox"/>						
<b>Liegen psych. Störungen vor?</b>				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	(Wenn ja, bitte näher ausführen):			
<b>Bestehen bekannte Infektionskrankheiten?</b>				(Wenn ja, bitte näher ausführen):					
Hepatitis <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/>	Tuberkulose <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/>						

<b>Infektion mit multiresistenten Erregern?</b>	MRSA <input type="checkbox"/>	ESBL <input type="checkbox"/>	Sonstige:
<b>Liegt ein Dekubitus/chronische Wunde vor?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	(Wenn ja, bitte näher ausführen):
<b>Bestehen akute oder chronische Schmerzen?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	(Wenn ja, bitte näher ausführen):
<b>Diagnosen</b> (bitte wenn möglich Diagnoseliste beifügen!)			
<b>Welche Medikamente müssen verabreicht werden?</b> (bitte wenn möglich Medikamentenplan beifügen!)			
<b>Besonderheiten in der Ernährung</b> (Wenn ja, bitte näher ausführen):			
Allergien <input type="checkbox"/>	Unverträglichkeiten <input type="checkbox"/>	Schonkost <input type="checkbox"/>	Diät <input type="checkbox"/>
Sondenkost <input type="checkbox"/>			
<b>Hinweise, Bemerkungen</b>			
<b>Ort, Datum</b>		<b>Stempel und Unterschrift des Arztes</b>	