

# Ärztlicher Fragebogen

1. Vor- und Zuname:			
2. Geburtsdatum:			
3. Ist Patient gehfähig?			
4. Treppensteigen möglich?			
5. Ist Patient häufig bettlägerig?			
6. Ständig bettlägerig?			
7. Beherrschung des Stuhlgangs?			
8. Beherrschung des Urinabgangs?			
9. Fremder Hilfe bedürftig?			
beim Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
beim Baden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
beim Waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
beim Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
beim Lagern zur Nachtruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
bei	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
10. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
11. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
14. Gefährliche Eigenschaften	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
15. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	

16. Körperliche Behinderung(en) – Art –

---



---

17. Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art –

---



---

18. Diagnose:

---



---

19. Ist Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?

---

20. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

---



---



---

....., den.....20.....

Ort

Stempel und Unterschrift des Arztes: .....