

Ärztlicher Fragebogen

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Vor- und Zuname:
2. Geburtstag:
3. Körpergröße und -gewicht:
4. ist er/sie gehfähig? Ja Nein
5. Rollator vorhanden? Ja Nein
6. Rollstuhlfahrer ? Ja Nein
7. Rollstuhl vorhanden ? Ja Nein
8. Treppensteigen möglich ? Ja Nein
9. ist er/sie häufig bettlägerig? Ja Nein
10. ständig bettlägerig ? Ja Nein

11. Beherrschung des Stuhlgangs ? Ja Nein zeitweise
12. Beherrschung des Urinabgangs? Ja Nein zeitweise
13. Katheter Ja Nein

14. Fremde Hilfe notwendig beim Essen beim Waschen
 beim Ankleiden beim Frisieren/Rasieren
 beim Aufstehen aus dem Bett beim Lagern zur Nachtruhe
 beim Benutzen der Toilette bei

15. wird er/sie mit der Sonde ernährt? Ja Nein
16. örtlich orientiert? Ja Nein nicht immer
17. zeitlich orientiert? Ja Nein nicht immer
18. nachts ruhig ? Ja Nein nicht immer
19. Weglauftendenz ? Ja Nein
20. Suchtkrankheit ? Nein wenn ja, welche ?
21. Körperliche Behinderung(en)
.....

22. geistig-seelische Behinderung oder Störung ?
.....

23. Diagnose ?
.....
.....

24. ist er/sie frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?
.....

25. sonstige Hinweise und Bemerkungen :
.....

26. Welche Kostformen / Diäten sind erforderlich?
.....

27. Medikamente:
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes