

**Ärztlicher Fragebogen** zur Aufnahme in unserer Einrichtung

Vor- und Zuname:			
Geburtstag und -ort:			
Wohnort und Straße:			
Ist der Patient geh fähig ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nur beschwerlich
Treppensteigen möglich ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nur beschwerlich
Ist der Patient bettlägerig ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> häufig
Beherrschung des Stuhlgangs ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Beherrschung des Urinabgangs ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Fremder Hilfe bedürftig ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> b. Lagern z. Nachtruhe <input type="checkbox"/> bei:	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> b. Aufstehen a. d. Bett <input type="checkbox"/> auf der Toilette
Örtlich orientiert ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Zeitlich orientiert ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Nachts ruhig ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gestörter Tag-/ Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/> nicht immer
Gemütsstimmung ? vorwiegend	<input type="checkbox"/> heiter <input type="checkbox"/> motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> ernst	<input type="checkbox"/> gedrückt
Treten Anfälle auf ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Suchtkrankheiten ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wenn ja, welche:
Körperliche Behinderung(en) -Art-			
Laftendenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nahezu ausgeschlossen
Tracheal-Kanüle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Alkoholabusus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Geistig-seel. Behinderung oder Störung , Demenzielle Erkrankung			
Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wenn ja, welche:
<b>Diagnose:</b>			
Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC) ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist der Patient frei von methicilin-resistenten Staphylococcus aureus-Keime (MRSA)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hinweise und Bemerkungen des Arztes:			

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ersteller:	Änderungsstand:	Datum:	Seite: 1 von 1	Freigegeben:
Eva Bott	5	10.11.2022	Checklisten: Ärztlicher Fragebogen.doc	M. Quadbeck