

# Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

## Hilfebedarf des Patienten

Gehen

Treppen steigen

Essen

waschen

Ankleiden

Frisieren / Rasieren

Aufstehen (aus d. Bett)

Zu Bett gehen

Benutzen der Toilette

## Orientierung des Patienten

zeitlich desorientiert

örtlich desorientiert

persönlich desorientiert

situativ desorientiert

Tritt nachts Unruhe auf

Ist der Patient bettlägrig ?

## Inkontinenz

Stuhlinkontinenz

Harninkontinenz

Gemütsstimmung  
seelische Verfassung

Psychische Störungen ?

Besteht körperliche  
Behinderung  
(welche)

Besteht Suchtkrankheit  
(welche ?)

Allergien  
(mit Allergiepass)

Bestehen ansteckende  
Krankheiten (TBC o.ä.)  
( lt. § 36 IfSG)

frei von MRSA

Ja  Nein

frei von ESBL

Ja  Nein

**Diagnosen**

**Medikamente  
Verordnungen**

**Diät / Schonkost  
erforderlich ?  
(wenn ja, welche?)**

**Hinweise  
Bemerkungen**

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort, Datum