

Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

1. Benötigt der / die Patient/in Hilfen beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<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"/>
Essen	<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"/>
Ankleiden	<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"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<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"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ist der/die Patient/in

zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Treten nachts Unruhezustände auf

4. Ist der/die Patient/in bettlägerig

5. Liegt Inkontinenz vor?

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"/>
(wenn ja in welcher Form?)				
Streßinkontinenz <input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz <input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz <input type="checkbox"/>	Überlaufinkontinenz <input type="checkbox"/>	
Extraurethrale Inkontinenz <input type="checkbox"/>				

6. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

7. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?

8. Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?

Ärztlicher Fragebogen

9. Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?

10. Bestehen ansteckende Krankheiten gemäß § 36 Abs. 4 IFSG (z. B. TBC, bitte genau beschreiben)?

11. Diagnosen:

12. Medikamente:

13. Diät / Schonkost (welcher Art)?

14. Hinweise, Bemerkungen:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der o.g. Person.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin