

Ärztlicher Fragebogen



Vor- und Zuname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
ggf. Pflegegrad:	

Ärztliche Beurteilung:

Medizinische Diagnose(n):	
Medikamente/ bes. med. Versorgung: (z.B. PEG-Sonde, Dialyse etc.)	
derzeitiger Zustand/ seelische Verfassung:	
Auf Dauer benötigter Hilfebedarf bei:	
Körperpflege:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ernährung:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mobilität:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hauswirtschaftl. Versorgung:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Behandlungspflege:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Orientierung: Zeitlich: Örtlich: Situativ: Persönlich:	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td>gelegentlich</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nein	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nein	gelegentlich														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Treten nachts Unruhezustände auf:	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td>gelegentlich</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nein	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Ja	Nein	gelegentlich														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Einschränkung des -Hörvermögens: -Sehvermögens:	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Ja	Nein															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
ggf. besondere Kostform :	<hr/>															
Sind freiheitseinschränkende Maßnahmen notwendig:	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td>gelegentlich</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> wenn ja, welche: <hr/> (z.B. Bettgitter, Sitzbrett)	Ja	Nein	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Ja	Nein	gelegentlich														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (InfSG):	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> wenn nein, Krankheit: <hr/>	Ja	Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Ja	Nein															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

 Ort

 Datum

 Unterschrift/Stempel