

Ärztlicher Fragebogen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Mobilität:

gehfähig

Treppensteigen möglich

teilweise bettlägerig

ständig bettlägerig

Orientierung:

Örtlich : Ja Nein Nicht immer

Zeitlich : Ja Nein Nicht immer

Gemütsstimmung: _____

Nachts Unruhig: Ja Nein Gelegentlich

Wie äußert sich das? _____

Suchterkrankung: Nein

Ja ,welche _____

Psychiatrische Behandlung: Nein

Ja, welche _____

Fremde Hilfe notwendig:

essen

waschen

ankleiden

frisieren / rasieren

aufstehen aus dem Bett

lagern im Bett

benutzen der Toilette

Bei: _____

Brillenträger: Ja Nein

Hörgerät: Ja Nein

Raucher: Ja Nein

Körpergewicht: _____ Körpergröße: _____

Körperliche Behinderung: _____

Inkontinent: Urin

Stuhl

Beides

Diagnose: _____

Diabetes: Ja Nein

Insulinpflichtig: Ja Nein

Patient frei von ansteckenden Krankheiten: Ja Nein

Sonstige Diagnosen: _____

Medikamentenallergie: Nein Ja, welche _____

Tierhaarallergie: Nein Ja, welche _____

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes