

## Ärztlicher Fragebogen

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Vor- und Zuname: .....
2. Geburtstag: .....
3. Körpergröße und -gewicht: .....
4. ist er/sie gehfähig?  Ja  Nein
5. Rollator vorhanden?  Ja  Nein
6. Rollstuhlfahrer ?  Ja  Nein
7. Rollstuhl vorhanden ?  Ja  Nein
8. Treppensteigen möglich ?  Ja  Nein
9. ist er/sie häufig bettlägerig?  Ja  Nein
10. ständig bettlägerig ?  Ja  Nein
  
11. Beherrschung des Stuhlgangs ?  Ja  Nein  zeitweise
12. Beherrschung des Urinabgangs?  Ja  Nein  zeitweise
13. Katheter  Ja  Nein
  
14. Fremde Hilfe notwendig  beim Essen  beim Waschen  
 beim Ankleiden  beim Frisieren/Rasieren  
 beim Aufstehen aus dem Bett  beim Lagern zur Nachtruhe  
 beim Benutzen der Toilette  bei .....
  
15. wird er/sie mit der Sonde ernährt?  Ja  Nein
16. örtlich orientiert?  Ja  Nein  nicht immer
17. zeitlich orientiert?  Ja  Nein  nicht immer
18. nachts ruhig ?  Ja  Nein  nicht immer
19. Weglauftendenz ?  Ja  Nein
20. Suchtkrankheit ?  Nein  wenn ja, welche ?
21. Körperliche Behinderung(en)  
.....

22. geistig-seelische Behinderung oder Störung ?  
.....

23. Diagnose ?  
.....  
.....

24. ist er/sie frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?  
.....

25. sonstige Hinweise und Bemerkungen :  
.....

26. Welche Kostformen / Diäten sind erforderlich?  
.....

27. Medikamente:  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel des Arztes