



Ärztlicher Fragebogen

Mit diesem übersichtlichen Formular können Sie die Wunscheinrichtung über den gesundheitlichen Zustand der pflegebedürftigen Person informieren und erleichtern die medizinische Aufnahme. Einfach von dem behandelnden Hausarzt oder Stationsarzt der Klinik ausfüllen lassen und beim Einzug mitbringen.

1. Patientendaten

Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer:	<input type="text"/>		
PLZ, Ort:	<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Krankenkasse:	<input type="text"/>

2. Diagnose

Diagnose(n) zum Zeitpunkt der Begutachtung:

Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen u. a. Bewegungsapparat, Sinnesorgane, Kreislauf:

Liegen psychische Störungen vor? ja nein

Liegen körperliche Behinderungen vor? ja nein



3. Benötigt der Patient Hilfe beim ...?

	nein	gelegentlich	oft	dauernd
Gehen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ankleiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frisieren und Rasieren:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen aus dem Bett:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzen der Toilette:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zubettgehen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Ist der Patient ...?

desorientiert:	nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ja				
zeitlich:		<input type="radio"/>	gelegentlich	<input type="radio"/>	oft	<input type="radio"/>	dauernd	
örtlich:		<input type="radio"/>	gelegentlich	<input type="radio"/>	oft	<input type="radio"/>	dauernd	
persönlich:		<input type="radio"/>	gelegentlich	<input type="radio"/>	oft	<input type="radio"/>	dauernd	
situativ:		<input type="radio"/>	gelegentlich	<input type="radio"/>	oft	<input type="radio"/>	dauernd	
bettlägerig:	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	gelegentlich	<input type="radio"/>	oft	<input type="radio"/>	dauernd
nachts unruhig:	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	gelegentlich	<input type="radio"/>	oft	<input type="radio"/>	dauernd
inkontinent:								
Stuhlinkontinenz:	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	gelegentlich	<input type="radio"/>	oft	<input type="radio"/>	dauernd
Urininkontinenz:	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	gelegentlich	<input type="radio"/>	oft	<input type="radio"/>	dauernd
Dauerkatheder:	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	ja				

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

freundlich kooperativ/offen unzufrieden/verdrießlich

Ist eine geschlossene Unterbringung notwendig? ja nein



Besteht eine Suchtkrankheit? ja nein

Bestehen ansteckende oder meldepflichtige Krankheiten (wie z. B. TBC)? ja nein

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Benötigt der Patient spezielle Kostformen (Diät-/Schonkost)? ja nein

Wird der Patient künstlich ernährt?

nein PEG-Sonde Nasensonde Trinknahrung

Liegt bereits ein Pflegegrad vor? 1 2 3 4 5

nein, Antrag gestellt am: _____

Höherstufung beantragt

5. Hinweise/Bemerkungen

Diesem Gutachten liegt eine persönliche Untersuchung des Patienten zugrunde.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

