

Ärztlicher Fragebogen

1. Name:	Vorname:	geb.:	
2. Ist der Patient gehfähig?	Ja _____	Nein _____	
3. Treppen steigen möglich?	Ja _____	Nein _____	
4. Ist der Patient bettlägerig?	Ja _____	Nein _____	teilweise _____
5. Ist der Patient harninkontinent?	Ja _____	Nein _____	teilweise _____
6. Ist der Patient stuhlinkontinent?	Ja _____	Nein _____	teilweise _____
7. Ist der Patient auf Hilfe angewiesen beim			
Essen _____	Waschen _____	An-/Auskleiden _____	Frisieren _____
Aufstehen _____	zu Bett gehen _____	Toilettengang _____	
bei			
8. Örtlich orientiert?	Ja _____	Nein _____	nicht immer _____
9. Zeitlich orientiert?	Ja _____	Nein _____	nicht immer _____
10. Nachts ruhig?	Ja _____	Nein _____	nicht immer _____
11. Suchtkrankheiten?	Ja _____	Nein _____	welche:
12. Körperliche Behinderungen?	Ja _____	Nein _____	welche:
13. Sind Hilfsmittel nötig: Brille _____ Hörgerät _____ Gebiss oben _____ unten _____			
Gehstock _____ Rollator _____ Gehwagen _____ Rollstuhl _____ Prothesen _____			
Sonstige Hilfsmittel:			
14. Geistig, seelische Behinderung? Art:			
15. Ansteckende Krankheiten: Ja _____ Nein _____ welche:			
16. Diagnose:			
17. Bemerkungen:			

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes