

Ärztlicher Fragebogen



Zur beabsichtigten Anmeldung bei:

(Bitte grundsätzlich aushändigen sowie vor der Aufnahme ausgefüllt und unterschrieben zurückgeben lassen.)

- Stempel der Einrichtung -

1. Persönliche Angaben

Name: Geburtsname:

Vorname: Geburtsdatum:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon:

Selbständiger Haushalt? Ja Nein

Krankenhausaufenthalt vor der Aufnahme? Ja Nein

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd		Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen(aus d. Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ist der/die Patient/in

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weglaufgefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Treten nachts Unruhezustände auf

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig? Ja Nein

6. Liegt Inkontinenz vor? Ja Nein

Ärztlicher Fragebogen



7. Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welcher Art? Bitte genau bezeichnen!)

.....

8. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC, MRSA? (Bitte genau bezeichnen!)

.....

9. Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art?)

.....

10. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

.....

11. Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche?)

.....

12. Diagnosen:

.....

.....

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
.....	<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"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Ist Diät erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)

.....

15. Hinweise und Bemerkungen

.....
.....

Diese ärztliche Bescheinigung beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person:

.....

.....
Behandelnder Arzt

.....
Ort, Datum

- Stempel und Unterschrift des Arztes -

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Die Gebühren dieser ärztlichen Bescheinigung werden vom Patienten, d. h. der aufzunehmenden Person getragen!