

Ärztlicher Fragebogen

Vorname _____

Zuname _____

Geburtstag _____

Kranken/Pflegekasse _____

Pflegestufe _____

Ist Patient/in gehfähig ?

ja	nein
----	------

Treppensteigen möglich?

ja	nein
----	------

Ist Patient/in häufig bettlägrig?

ja	nein
----	------

ständig bettlägrig?

ja	nein
----	------

Inkontinenz?

ja	nein
----	------

fremder Hilfe bedürftig:

beim Essen

ja	nein
----	------

beim Waschen

ja	nein
----	------

beim An - und Auskleiden

ja	nein
----	------

beim Aufstehen

ja	nein
----	------

bei der Benutzung der Toilette

ja	nein
----	------

örtlich orientiert?

ja	nein
----	------

zeitlich orientiert?

ja	nein
----	------

Gefährliche Eigenschaften:

ja	nein
----	------

Art: _____

Suchtkrankheiten:

ja	nein
----	------

Art: _____

Körperliche Behinderung:

ja	nein
----	------

Art: _____

Geistige Behinderung:

ja	nein
----	------

Art: _____

Seelische Behinderung:

ja	nein
----	------

Art: _____

Diagnose/n: _____

Patient/in ist frei von ansteckenden Krankheiten

ja	nein
----	------

Bemerkung:

Ort Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes