



**Ärztlicher Fragebogen für:**

**geb. am:**

**Körperlicher Zustand**

- Gehfähigkeit  ja  nein
- Treppensteigen möglich  ja  nein
- Hemiplegie (Halbseitenlähmung)  ja  nein
- Bettlägerigkeit  ja  nein  gelegentlich
- Harninkontinenz  ja  nein  gelegentlich
- Stuhlinkontinenz  ja  nein  gelegentlich
- Dauerkatheter  ja  nein
- Stomaversorgung  ja  nein
- Geistige Behinderung  ja  nein
- Körperliche Behinderung  ja  nein
- Allergien  ja  nein
- Starke Sehschwäche  ja  nein
- Starke Hörschwäche  ja  nein
- Sprechstörung  ja  nein
- Schluckstörung  ja  nein
- Herzschrittmacher  ja  nein
- Schmerzen  akut  chronisch
- Wunden / Dekubitus  ja  nein

**Bemerkung**

- mit Hilfsmittel/Unterstützung
- 
- 
- 
- 
- 
- Letzter Wechsel:
- 
- 
- 
- Brille:  ja  nein
- Hörgerät:  ja  nein
- 
- 
- Letzte Kontrolle:
- Lokalisation:
- Lokalisation:

**Hilfebedürftigkeiten**

- An- und Auskleiden  ja  nein  gelegentlich
- Körperpflege  ja  nein  gelegentlich
- Essen und Trinken  ja  nein  gelegentlich
- Aufstehen/ Zubettgehen  ja  nein  gelegentlich
- Benutzen der Toilette  ja  nein  gelegentlich

**Bemerkung**

- 
- 
- 
- 
- 

**Geistig-seelischer Zustand**

- Örtliche Orientierung  ja  nein  gelegentlich
- Zeitliche Orientierung  ja  nein  gelegentlich
- Orientierung zur eigenen Person  ja  nein  gelegentlich
- Erkennung von Personen  ja  nein  gelegentlich
- Motorische Unruhe  ja  nein  gelegentlich

**Bemerkung**

- 
- 
- 
- 
-



Depressionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Halluzinationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Neigung zum Weglaufen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Demenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Alkoholsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Medikamentensucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>

**Hilfsmittel**

**Bemerkung**

Gehilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Art: <input type="text"/>
Prothesen / Orthese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Art: <input type="text"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	

**Ernährung**

**Bemerkung**

Vollkost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leichte Kost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Sondenernährung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Art: <input type="text"/>
Adipositas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Kachexie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Bemerkungen / Sonstiges:	<input type="text"/>	

**Medikamente**

BTM:  ja  nein  separater Verordnungsplan beigelegt

Medikament	Dosierung	Medikament	Dosierung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**Diagnosen**


**Infektionen oder Hinweise darauf**

MRSA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
MRGN (multiresistente gramnegative Erreger)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Covid-19 (Sars-CoV-2)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzeichen einer ansteckenden Lungentuberkulose (nach §36 des Infektionsschutzgesetzes)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinweise auf andere ansteckende Erkrankungen			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Hinweise, Bemerkungen (bestehende Therapien o.ä.)**

**Sonstiges**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel (Arzt): \_\_\_\_\_