



Ärztlicher Fragebogen für:

geb. am:

Körperlicher Zustand

Gehfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel/Unterstützung
Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hemiplegie (Halbseitenlähmung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Letzter Wechsel: <input type="text"/>
Stomaversorgung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Starke Sehschwäche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Brille: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Starke Hörschwäche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hörgerät: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sprechstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzschriftmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Letzte Kontrolle: <input type="text"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch	Lokalisation: <input type="text"/>
Wunden / Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalisation: <input type="text"/>

Bemerkung

Hilfebedürftigkeiten

An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Aufstehen/ Zubettgehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>

Bemerkung

Geistig-seelischer Zustand

Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Orientierung zur eigenen Person	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Erkennung von Personen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>

Bemerkung

Abkürzung	Dokumentenname	Version	Seite
Fo_SD_0002	Ärztlicher Fragebogen	e	1 von 3



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

Hilfsmittel	Bemerkung
Gehhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Prothesen / Orthese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich
Ernährung	Bemerkung
Vollkost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leichte Kost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sondenernährung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adipositas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kachexie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen / Sonstiges:	

Medikamente

BTM: ja nein separater Verordnungsplan beigefügt

Medikament	Dosierung	Medikament	Dosierung



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): _____

Abkürzung	Dokumentenname	Version	Seite
Fo_SD_0002	Ärztlicher Fragebogen	e	3 von 3