

Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Diagnosen: _____

Hausarzt: _____

Anschrift: _____

	Nein	Zeitweilig	Ja
Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

Ansteckende Krankheiten wie TBC, MRSA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--	--------------------------

wenn ja, welche:

Aneurysmen

wenn ja, wo lokalisiert:

Krankheitsauswirkungen, Defizite, benötigt Hilfe bei:

Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/ zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme der Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEC	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Insulinpflichtiger Diabetes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

wenn ja, wieviel Einheiten:

	morgends	abends	
	_____ I.E.	_____ I.E.	

Diät, Schonkost	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--	--------------------------

wenn ja, welche:

	Nein	Zeitweilig	Ja
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anuspräter	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orientiertheit:			
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auch nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise,
Bemerkungen: _____

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes