

Ärztlicher Fragebogen bei Anmeldung zur Kurzzeit-/ Langzeitpflege

(vom behandelnden Arzt auszufüllen !)

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift:

- | | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------|---|
| 1. Ist Pat. gehfähig? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| 2. Treppensteigen möglich? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| 3. Ist Pat. bettlägrig? | <input type="radio"/> ständig | <input type="radio"/> häufig | <input type="radio"/> nein |
| 4. Beherrschung des Stuhlgangs? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| 5. Beherrschung des Urinabgangs? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| 6. Benötigt Hilfe beim | <input type="radio"/> Essen | | <input type="radio"/> Waschen |
| | <input type="radio"/> An-/ Auskleiden | | <input type="radio"/> Frisieren/ Rasieren |
| | <input type="radio"/> Aufstehen/ Zubettgehen | | <input type="radio"/> Benutzen der Toilette |
| | <input type="radio"/> Lagern | | <input type="radio"/> |

7. Medizinische Besonderheiten:
(Dauerkatheter, PEG)

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 8. Örtlich orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nicht immer |
| 9. Zeitlich orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nicht immer |
| 10. Zur Person orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nicht immer |
| 11. Nachts ruhig? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nicht immer |
| 12. Gemütsstimmung? | <input type="radio"/> freundlich | <input type="radio"/> depressiv | <input type="radio"/> aggressiv |
| 13. Gefährliche Eigenschaften? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche? | |
| 14. Suchtkrankheit? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche? | |

15. Körperliche Behinderung (Art):
.....

16. Geistig-seelische Behinderung oder Störung (Art):
.....

17. Diagnose:
.....

18. In ambulanter/ stationärer Behandlung seit:

19. Frei von ansteckenden Krankheiten? ja nein

20. Letzte Thoraxuntersuchung: Befund:

21. Hinweise, Bemerkungen des Arztes:
.....
.....

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

