

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Vor- und Zuname				Geburtsname						
Geburtsdatum										
Benötigt die Patientin bzw. der Patient Hilfen beim										
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
PEG	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein						
Trachealkanüle	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein						
Ist die Patientin bzw. der Patient										
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist die Patientin / der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>	mobil	<input type="checkbox"/>	immobil						
Liegt Inkontinenz vor?										
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd						
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Falls ja, in welcher Form?	<input type="checkbox"/>	Stressinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/>	extraurethrale Inkontinenz
Wie ist die Stimmungslage und seelische Verfassung?										
Ist eine Suchtkrankheit bekannt? Falls ja, welche?										
Besteht eine körperliche Behinderung?										
Liegen psychische Störungen vor? Falls ja, welche?										
Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC?										
	Scabies	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein					
	Salmonellen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein					
	Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein					
	MRSA	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Lokalisation:				
	andere multiresistente Keime	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Keimart:				



Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs.4 IfSG vor? Ja Nein

Diagnose bzw. Diagnosen	
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	
Ist Diät oder Schonkost erforderlich? Falls ja, welche genau?	
Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen	

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen
Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes