

## Ärztlicher Fragebogen

1.	Vor- und Zuname: .....	Geburtsdatum: .....		
2.	Derzeitiger Aufenthalt			
3.	Ist der Patient gehfähig?	ja	nein	mit Hilfe
4.	Muss Patient im Rollstuhl gefahren werden?	ja	nein	
5.	Ist der Patient bettlägerig?	ja	nein	
6.	Dekubitus?	ja	nein	
7.	Beherrschung des Stuhlabgangs?	ja	nein	
8.	Beherrschung des Urinabgangs?	ja	nein	
9.	Fremder Hilfe bedürftig?	beim Essen beim Aufstehen aus dem Bett beim Benutzen der Toilette beim Lagern zur Nachtruhe beim Frisieren/Rasieren		beim Ankleiden beim Waschen
10.	Zeitlich orientiert?	ja	nein	zeitweise
11.	Örtlich orientiert?	ja	nein	zeitweise
12.	Nachts ruhig?	ja	nein	zeitweise
13.	Bedarf dauernder Aufsicht?	ja	nein	zeitweise
14.	Gemütsstimmung?	willig	freundlich	verdrießlich
15.	Gefährliche Eigenschaften?	nein	ja, welche?	
16.	Suchtkrankheiten?	nein	ja, welche?	
17.	Bedarf einer aktivierenden Betreuung?			
	a) wegen Antriebsmangel	ständig	zeitweise	nein
	b) wegen Bedürfnislosigkeit	ständig	zeitweise	nein
	c) wegen Mangel an sozialen Fertigkeiten	ständig	zeitweise	nein
18.	Die letzte Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am?	.....		
	Liegt ansteckende Tuberkulose vor?	ja	nein	
	Letzte Tetanusimpfung?			
	MRSA-Träger?	ja	nein	
19.	Gewicht:	.....		kg
20.	Fixierung notwendig?	ja	nein	
	Wenn ja welche?	.....		
	Liegt gültiger richterlicher Beschluss vor?	ja	nein	
21.	Sind Erkrankungen, die zu einem erhöhtem Sturzrisiko führen bekannt? Welche?			
22.	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	
23.	Diagnose: Hinweise und Bemerkungen des Arztes:			

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes