



## Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname: ..... geb. am: .....

Adresse: .....

Kranken-/Pflegekasse: .....

### BEWUSSTSEINZUSTAND:

	Ja	Nein	Häufig
Persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### HILFEBEDARF:

	Ja	Nein	Häufig
Mobilität/Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anziehen/Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/Hinsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu-Bett-Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toiletten-Gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht eine körperliche Behinderung: .....

Besteht eine Inkontinenz: .....

Ist der Patient nachts unruhig: .....

Sind Maßnahmen zum Schutz vor Selbstgefährdung erforderlich (wenn ja, welche): .....

.....

Besteht eine Suchtkrankheit: .....

Liegt eine psychische Störung vor: .....

<b>Besteht eine ansteckende Krankheit?</b> Nach § 36, Abs. 4 Infektionsschutzgesetz ist besonders auf Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose zu achten u. entsprechend zu bescheinigen. Falls ansteckende Erkrankungen vorliegen, bitte genau bezeichnen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Diagnosen:</b>	

<b>Medikamente:</b>	

<b>Diät-/Schonkost:</b>	
-------------------------	--

<b>Impfstatus COVID-19:</b>	1. Impfung am: 2. Impfung am: 3. Impfung am: 4. Impfung am:
-----------------------------	--

<b>Bemerkungen:</b>	
---------------------	--

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift/Stempel Arzt