

Ärztlicher Fragebogen (vom Arzt auszufüllen)



Bewohner/Patient:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:

Gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Ankleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd

2. Liegt bei dem/der Patienten/in folgendes vor:

Immobilität	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Zeitliche Desorientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Örtliche Desorientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Persönliche Desorientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Situative Desorientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Nächtliche Unruhezustände	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Weglauff Tendenzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Suizidgefahr		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

3. Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung

ja

nein

4. Liegt bei dem/der Patienten/in Inkontinenz vor:

Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Dauerkatheter		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

OH-BF_0008 Rev.: 0

Ärztlicher Fragebogen
(vom Arzt auszufüllen)



5. Bestehen körperliche Behinderungen (wenn ja, welche)?

--

6. Bestehen psychische Störungen (wenn ja, welche)?

--

7. Bestehen Suchtkrankheiten (wenn ja, welche)?

--

8. Diagnosen:

--

9. Künstliche Ernährung (wenn ja, welche Nahrung)?:

ja nein PEG-Sonde Magensonde

--

10. Aktuelle Medikation

Medikamente:

Dosierung:

Medikamente:	Dosierung:

OH-BF_0008 Rev.: 0

