

## Ärztlicher Fragebogen

1) Name	Vorname		
2) Geburtsdatum			
3) Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel
	Welches ? _____		
4) Ist der Patient immobil?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
5) Besteht eine Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
6) Besteht eine Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
7) Unterstützung bei der	<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Mobilität	<input type="checkbox"/> Körperpflege
	<input type="checkbox"/> Bemerkungen: _____		
8) Orientierung zum Ort?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
	zur Zeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9) zur Person?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
10) zur Situation?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
11) Tag-/Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> unauffällig	
12) Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
13) Gemütsstimmung?			
14) Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
15) Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
16) Körperliche Einschränkung/en (Art), Besonderheiten (z.B. Port, Tracheostoma, ...)?			
17) Geistig-seelische, psychische Einschränkungen oder Störung (Art)?			
18) Allergien/ Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	_____
19) Diagnosen?			
20) Diät notwendig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	_____
21) Derzeitige Behandlungspflege:			
22) Derzeitige Therapien			
23) Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
24) War der Patient bereits Kurzzeitgast in unseren Heimen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
25) Aktueller Medikamentenplan liegt bei?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> folgt	
26) Werden Sie den/die PatientIn weiterhin medizinisch betreuen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
27) Hinweise und Bemerkungen vom Arzt:	_____		

Ort/ Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes