

# Ärztlicher Fragebogen

Zur Aufnahme in der Einrichtung: \_\_\_\_\_

1. Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
Selbständiger Haushalt  Ja  Nein  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Krankenhausaufenthalt  
vor der Aufnahme  Ja  Nein

2. Benötigt der /die Patient/in Hilfe beim

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<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"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<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"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<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"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ist der/die Patient/in

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglaufgefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Treten nachts Unruhezustände auf?  Nein  Selten  Häufig  Dauernd

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?  Nein  Selten  Häufig  Dauernd

6. Liegt Inkontinenz vor?  Nein  Selten  Häufig  Dauernd

7. Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welcher Art – bitte genau bezeichnen)

---

---

8. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC, MRSA? (Bitte genau bezeichnen)

---

---

9. Liegen psychische Störungen vor? (Wenn ja, welcher Art?)

---

---

10. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

---

---

11. Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja, welche?)

---

---

12. Diagnosen

---

---

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

	morgens	mittags	abends	nachts
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Ist eine Diät erforderlich? (Wenn ja, welcher Art?)

---

---

15. Hinweise und Bemerkungen

---

---

16. Weiterbehandlung

Ja

Nein

Diese ärztliche Bescheinigung beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Stempel und Unterschrift des Arztes

---

Ort, Datum

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

# Biographische Daten

## Tagesablauf vor Aufnahme

↳ Weckzeit \_\_\_\_\_

↳ Essenszeiten \_\_\_\_\_

↳ Ruhephasen \_\_\_\_\_

**Religion** \_\_\_\_\_

## Persönliche Gewohnheiten

↳ Vorlieben, Abneigungen, Wünsche, Hobbies

---

---

---

---

---

## Prägende Lebensereignisse

↳ Krieg, Verlust, Beruf

---

---

---

---

---

## Familiendaten

↳ Ehepartner, Kinder, Enkel, Geschwister

---

---

---

---

---

## Bisherige Wohnsituation

Großstadt

Kleinstadt

Dorf

Miete

Eigene Wohnung

Eigenes Haus

Garten

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!