

Haus an der Jüch  
 Haus Quirlsberg  
 An der Jüch 45 - 49  
 51465 Bergisch Gladbach



# Ärztlicher Fragebogen

<b>Name/Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Pflegekasse:</b>	<b>KV-Nr.:</b>

**Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim**

	nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<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"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen	<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"/>	Zu Bett gehen	<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"/>	Benutzen der Toilette	<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"/>	Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ist der/die Patient/in desorientiert?**

wenn ja:	nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Treten nachts</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Unruhezustände auf?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ist der Patient</b>				
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>bettlägerig?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Liegt Inkontinenz vor?**

	nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Ja	Nein
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Frei von ORSA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Frei von TB</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<b>Frei von MRSA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(wenn ja, in welcher Form?)  Stressinkontinenz  Reflexinkontinenz  Dranginkontinenz  Überlaufinkontinenz  extraurethrale Inkontinenz

Größe des Patienten: \_\_\_\_\_m      Gewicht des Patienten: \_\_\_\_\_kg

**Wie ist die Gemütsstimmung (Verfassung/Störungen)?**

**Besteht eine Suchtkrankheit? (welche?)**

**Besteht eine körperliche Behinderung? (welche?)**

**Bestehen ansteckende Krankheiten? (welche?) (bitte genau bezeichnen)**

**Diagnose**


**Welche Medikamente  
und in welcher Dosis  
müssen diese  
verabreicht werden?**

<b>Medikament</b>	<b>Morgens</b>	<b>Mittags</b>	<b>Abends</b>	<b>Nachts</b>

**Ist Diät- oder  
Schonkost  
erforderlich?**

--

**Hinlaufftendenz?**

--

**Gefährdendes**

--

**Verhalten?**

--

**Hinweise,  
Bemerkungen**


**Verbale Kommu-  
nikation möglich?**


Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen  
Untersuchung der aufzunehmenden Person.

--

Ort, Datum

--

Stempel/Unterschrift Arzt