

Helmut-Hochstetter-Haus und Haus Quirlsberg
 An der Jüch 47 - 49
 51465 Bergisch Gladbach



Ärztlicher Fragebogen

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Pflegekasse:

KV-Nr.:

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
zeitlich	<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"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

	nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Frei von ORSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frei von TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frei von MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(wenn ja, in welcher Form?) Stressinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz 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?**

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

**Ist Diät- oder
Schonkost
erforderlich?**

--

Weglauftendenz?

--

Gefährdendes

--

Verhalten?

--

Hinweise,

--

Bemerkungen

Verbale Kommu-

--

nikation möglich?

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen
Untersuchung der aufzunehmenden Person.

--

Ort, Datum

--

Stempel/Unterschrift Arzt