

Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname: _____ geboren am: _____

- Ist der Bewohner gehfähig? ja nein
- Treppensteigen möglich? ja nein
- Benötigte Hilfsmittel zur Mobilität? Rollator Rollstuhl _____
- Ist der Bewohner bettlägerig? ständig häufig nein
- Beherrschung des Stuhlganges? ja nein
- Beherrschung des Urinabganges? ja nein
- Benötigt Inkontinenzmaterial? ja nein

- Bedarf fremder Hilfe? Essen Waschen
- Ankleiden Frisieren/ Rasieren
- Lagern Aufstehen aus dem Bett
- Nutzung der Toilette bei _____

- Örtlich orientiert? ja nein nicht immer
- Zeitlich orientiert? ja nein nicht immer
- Nachts unruhig? ja nein nicht immer
- Gemütsstimmung? willig freundlich verdrießlich
- Gefährliche Eigenschaften? nein ja, welche? _____
- Suchtkrankheit? nein ja, welche? _____

- Impfung gegen Covid erhalten? ja nein geboostert

Diagnosen (Bitte zusätzlich als ICD verschlüsselt beifügen)	
Körperliche Behinderungen	
Geistig-seelische Behinderung oder Störung	
Ist der Bewohner frei von ansteckenden Krankheiten, MRSA, Tbc etc.?	
Hinweise	

Datum: _____ Stempel und Unterschrift Arzt _____

Erstellt:	S. Grusdat	Datum:	28.08.2023	Version:	2.1	Dokumenttitel:	Ärztlicher Fragebogen
Freigabe:	H.P. Mayer	Datum:	28.08.2023	Revision:	01.2025	Seitenanzahl:	Seite 1 von 1
Ausdruck unterliegt nicht dem Änderungsdienst							