



Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Nachname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Benötigt der/die BewohnerIn Unterstützung beim ...

	<i>nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>		<i>nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zu-Bett-gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benutzen der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Ist/ hat der / die BewohnerIn ...

	<i>nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>		<i>nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
zeitlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	inkontinent (Stuhl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
örtlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	inkontinent (Harn)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
persönlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	tagsüber Unruhezustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
situativ desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nachts Unruhezustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bettlägrig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Allgemeine Fragen

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

.....
.....
.....

Besteht eine Suchtkrankheit?

nein *ja, nämlich*

Besteht eine körperliche Behinderung?

nein *ja, nämlich*

Liegen psychische Störungen vor?

nein *ja, nämlich*

Stempel der Einrichtung



VINZENTINERINNEN

Seite 2 von 2

Bestehen Allergien? nein ja, nämlich

Werden Medikamente verabreicht? nein ja, nämlich

Ist Diät/ Schonkost erforderlich? nein ja, nämlich

Bestehen ansteckende Krankheiten? (z.B. TBC, MRSA) nein ja, nämlich

Diagnosen

.....

.....

.....

.....

.....

Hinweise, Bemerkungen etc.

.....

.....

.....

Ich bestätige, dass dieses Gutachten auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person beruht.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes

Stempel der Einrichtung