

Ärztlicher Fragebogen

Grunddaten

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum:

Diagnosen

Vorliegen besonderer Krankheiten

Allergien, Aids, Hepatitis, TBC, Herzschrittmacher (bitte genau bezeichnen)

Liegen psychische Störungen vor?

(Wenn ja, welcher Art?)

Bestehen körperliche Behinderungen?

(Wenn ja, welcher Art?)

Besteht eine Sucht-Krankheit?

(Wenn ja, welcher Art?)

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

Liegt Stuhlinkontinenz vor?

nein ja

Liegt Harninkontinenz vor?

nein Streßinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz Überlaufinkontinenz extraurethrale Inkontinenz

Schlaffähigkeit

Tag-/Nachtrhythmus gestört nein ja

Schläft durch nein ja

Nachtaktiv nein ja

Notwendigkeit der Aufsicht				
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich orientiert				
örtlich orientiert				
persönlich orientiert				
situativ orientiert				
neigt zum Weglaufen				
neigt zum Zerstören				
gefährdet sich selbst und andere				
Sturzgefahr				

Sind Fixierungen erforderlich?

nein ja (Einwilligung des Bewohners/Gastes oder gerichtliche Entscheidung vorlegen)

Ist Diät-/Schonkost, passierte Kost oder Sondennahrung erforderlich?

nein ja (welcher Art)

Bestehen Schluckstörungen?

nein ja

Aktuelle Medikation					
Medikament	Dosierung				
	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf

Ausführen ärztlicher Verordnungen (Verbände, Infusionen etc.)			
Art	Lokalisation	Häufigkeit	Material

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes