

## Ärztlicher Fragebogen

*Persönliche Angaben über Ihre Patientin, Ihren Patient:*

Vorname: .....

Familienname: .....

Krankenversichert bei: .....

Versichertennummer: .....

1. Diagnosen: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. In welchen Bereichen der täglichen Verrichtungen benötigt Ihr Patient Hilfe?

	Nie	Selten	Häufig	Ständig
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<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"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerungen im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

.....

.....

.....

.....

3. In welchen Bereichen ist Ihr Patient orientiert?

	Nie		Selten		Häufig		Ständig
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"/>
Motorisch Unruhig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

4. Gemütsstimmung, seelische Verfassung

.....  
 .....

5. Besteht eine geistige Behinderung?

Nein       Ja, Diagnose wie folgt:

.....  
 .....

6. Besteht eine körperliche Behinderung?

Nein       Ja, Diagnose wie folgt:

.....  
 .....

7. Ist der Patient frei von ansteckenden Erkrankungen (siehe Anhang)

Ja       Nein, Diagnose wie folgt:

.....

8. Ist ein Diätplan oder Sondenkost erforderlich?

Nein       Ja, wie folgt:

.....  
 .....

Sondenpumpe      Flussrate: .....

