

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN



Hermann-Söllner-Str. 15
96337 Ludwigsstadt

Tel.: 09263/9906-31
Fax.: 09263/9906-33
E-Mail: info@ahludwigsstadt.brk.de

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____

Benötigt der Patient/Patientin Hilfe

beim		nein	manchmal	häufig	dauernd
Gehen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	_____	<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"/>
Waschen	_____	<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"/>
Frisieren	_____	<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"/>
Zu Bett gehen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benützen der Toilette	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der Patient/die Patientin

zeitlich orientiert	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten nachts Unruhezustände auf?

Ist der Patient/die Patientin bettlägrig?

Liegt Inkontinenz vor?

Liegt eine Allergie vor?

bitte wenden

Wie ist die Gemütsstimmung?

Besteht eine Suchtkrankheit?

Wenn ja, welche _____

Besteht eine körperliche Behinderung?

Wenn ja, welche _____

Liegen psychische Störungen vor?

Wenn ja, welche _____

Bestehen ansteckende Krankheiten?

Wenn ja, welche _____

Die durchgeführte Untersuchung mit Röntgenaufnahme des Thorax ergab keinen Anhalt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane.

Datum der letzten Röntgenaufnahme der Lunge: _____

Diagnose

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Ist Diät/Schonkost erforderlich?

Wenn ja, welche _____

Sonstiges

Ort, Datum

Stempel u. Unterschrift d. Arztes