

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN



Hermann-Söllner-Str. 15
96337 Ludwigstadt

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?

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