

Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Ist der Bewohner gehfähig? ☐ ja ☐ nein

Treppensteigen möglich? ☒ ja ☐ nein

Benötigte Hilfsmittel zur Mobilität? ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐

Ist der Bewohner bettlägerig? ☐ ständig ☐ häufig ☒ nein

Beherrschung des Stuhlganges? ☒ ja ☐ nein

Beherrschung des Urinabganges? ☐ ja ☐ nein

Benötigt Inkontinenzmaterial? ☐ ja ☐ nein

Katheter ☐ ja ☐ transurethral ☐ suprapubisch
☐ nein

Bedarf fremder Hilfe?	☐ Essen	☐ Waschen	☐ Ankleiden
	☐ Lagern	☐ Frisieren/Rasieren	☐ Nutzung der Toilette
	☐ Aufstehen aus dem Bett	☐ bei	

Örtlich orientiert? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer

Zeitlich orientiert? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer

Nachts unruhig? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer

Gemütsstimmung? ☐ willig ☐ freundlich ☐ verdrießlich

Gefährliche Eigenschaften? ☐ nein ☐ ja, welche?

Suchtkrankheit? ☐ nein ☐ ja, welche?

Diagnosen (Bitte zusätzlich
als ICD verschlüsselt anlegen)

Körperliche Behinderungen

Geistig-seelische Behinderung
oder Störung

Ist der Bewohner frei von ansteckenden Krankheiten, MRSA, Tbc etc.?

Hinweise

Datum

Stempel und Unterschrift Arzt