



Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname: _____ geboren am: _____

- Ist der Bewohner gefähig? 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

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

Diagnose	
Körperliche Behinderungen	
Geistig-seelische Behinderung oder Störung	
Ist der Bewohner frei von ansteckenden Krankheiten, MRSA, Tbc etc.?	
Hinweise	

Datum: _____ Stempel und Unterschrift Arzt _____

Erstellt:	S. Grusdat	Datum:	04.02.2020	Version:	1.0	Dokumenttitel:	Ärztlicher Fragebogen
Freigabe:	H.P. Mayer	Datum:	12.02.2020	Revision:	02.2021	Seitenanzahl:	Seite 1 von 1
Ausdruck unterliegt nicht dem Änderungsdienst							