



Ärztlicher Fragebogen für Patient/in: (Bitte ausfüllen und in entsprechender Spalte ankreuzen)

Name: **Vorname:**

PLZ, Ort: **Straße:**

geboren am: **Geburtsort:**

Benötigt Patient/in Hilfe bei:										
	Nein	Selten	Häufig	Dauernd		Nein	Selten	Häufig	Dauernd	
Aufstehen					Bitte entsprechend ankreuzen	Treppensteigen				
Waschen						zu Bett gehen				
Kleiden						Frisieren				
Gehen						Rasieren				
Essen						Toilettenbenutzung	Ja ()		Nein ()	
Ist Patient/in desorientiert ?						Liegt Inkontinenz vor ?				
	Nein	Selten	Häufig	Dauernd			Nein	Selten	Häufig	Dauernd
zeitlich						Harninkontinenz				
örtlich						Stuhlinkontinenz				
persönlich										
situativ										
Treten nachts Unruhezustände auf ?					Ist Patient/in weglaufgefährdet ?					
	Nein	Selten	Häufig	Dauernd		Nein	Selten	Häufig	Dauernd	
Die Bewusstseinslage ist ?										
verstimmt	verlangsamt	ängstlich	orientierungslos	somnolent	komatös					
aggressiv	geistig rege	Bitte entsprechend ankreuzen								

Falls eine körperliche Behinderung besteht, welcher Art ?

Bestehen ansteckende Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz ?

Gibt es Hinweise auf TBC ?
 Liegt Befall von MRSA vor ?
 Datum vom letzten Abstrich: **Ergebnis:** positiv negativ
 Sonstige Infektionskrankheiten ?

Ärztliche Atteste bitte beifügen ! Falls psychische Störungen vorliegen, welche ?

