

## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Pflegehausaufnahme

1. Vor- und Zuname   
 Geburtsdatum

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<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"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<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"/>	Zu Bett gehen	<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"/>	Benutzen der Toilette	<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"/>					

<p>3. Ist der /die Patient/in zeitlich desorientiert ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>örtlich desorientiert ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>persönlich desorientiert ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>situativ desorientiert ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>4. Treten nachts Unruhe-zustände auf ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Ist der/die Patient/in bettlägrig ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	---

6. Liegt Inkontinenz vor ?

Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
( wenn ja, in welcher Form ) ?	<input type="checkbox"/> Streßinkontinenz	<input type="checkbox"/> Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/> Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz
	<input type="checkbox"/> extraurethrale Inkontinenz			

7. Wie ist die Gemütsstimmung ( die seelische Verfassung ) ?	<input style="width: 580px; height: 20px;" type="text"/>
8. Besteht eine Suchtkrankheit ( wenn ja, welche Art ) ?	<input style="width: 580px; height: 20px;" type="text"/>
9. Besteht körperliche Behinderung ( wenn ja, welche Art ) ?	<input style="width: 580px; height: 20px;" type="text"/>
10. Liegen psychische Störungen vor ( wenn ja, welche Art ) ?	<input style="width: 580px; height: 20px;" type="text"/>
11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie TBC ?( bitte genau bezeichnen )	<input style="width: 580px; height: 20px;" type="text"/>

