

## F 4.3.2 Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname:

Geburtsname:

Geburtstag:

Geburtsort:

Wohnort und Straße:

Körpergröße:                      Gewicht:                      kg

Ist die Antragstellerin/der Antragsteller:

- |                                       |                             |                               |   |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---|
| 1. Gefähig?                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nur beschwerlich |
| 2. Ist sie/er bettlägerig?            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig           |
| 3. Beherrscht sie/er den Stuhlgang?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer      |
| 4. Beherrscht sie/er den Uringang?    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer      |
| 5. Treten Anfälle auf?                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer      |
| 6. Ist sie/er orientiert?             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer      |
| 7. Ist sie/er in der Nacht ruhig?     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer      |
| 8. Leidet sie/er an Suchtkrankheiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |   |

wenn ja, welche ?

9. Bedarf sie/er fremder Hilfe?
- nein
- beim Essen
- beim Waschen
- beim Ankleiden
- beim Frisieren/Rasieren
- auf der Toilette
- beim Aufstehen a. d. Bett
- beim Lagern zur Nachtruhe
- bei:

10. Ist die Antragstellerin/der Antragsteller frei von ansteckenden Krankheiten (auch von Tbc) ?

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
|   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Braucht sie/er einen Rollstuhl?     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Ist sie/er blind?                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Hat sie/er einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

14. Welche Medikamente sind verordnet (Dosierung)?:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

15. Diagnose:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

16. Bemerkungen des Arztes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Ist sie/er von ihrer/seiner Heimaufnahme informiert?  ja  nein

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)