



## Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname				
Geburtsstag				
Patient	gefähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mobilisationsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	situativ orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	persönlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nächtlich unruhig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	kooperativ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfebedarf	Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anziehen / Kleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosen / bisheriges Krankheitsbild:				
Medikation:				
Hat der Patient eine ansteckende / meldepflichtige Krankheit?		<input type="checkbox"/> Ja: _____	<input type="checkbox"/> Nein	
Besteht eine Sucht / Abhängigkeit?		<input type="checkbox"/> Ja: _____	<input type="checkbox"/> Nein	
_____	_____	_____		
Datum	Stempel	Unterschrift Arzt		