

FB 47 - Ärztlicher Fragebogen

Einrichtung:	Eingangsvermerk:
---------------------	-------------------------

Ärztlicher Fragebogen

(vom zuletzt behandelnden Arzt auszufüllen)

Gesundheitszustand von

Herr/ Frau

.....
Vor- und Zuname

.....
Geburtsdatum

1. Allgemeine Angaben

(wenn bekannt)

Hilfe zur körperlichen Pflege notwendig beim

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Aufstehen aus dem Bett | <input type="checkbox"/> | 6. Essen und Trinken | <input type="checkbox"/> |
| 2. Waschen, Baden | <input type="checkbox"/> | 7. Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> |
| 3. Frisieren | <input type="checkbox"/> | 8. Sauberhalten wegen Blasen- und Mastdarmschwäche | <input type="checkbox"/> |
| 4. An- und Ausziehen | <input type="checkbox"/> | 9. Lagern zur Nachtruhe und besondere Aufsicht über Nacht | <input type="checkbox"/> |
| 5. Anlegen orthopädischer Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> | | |

Hilfe zur Teilnahme am Gemeinschaftsleben notwendig, weil Patient

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. völlig bettlägerig ist | <input type="checkbox"/> | 6. die äußeren Lebensbedingungen (Einkaufen, Behördengänge, Besuch der Kirche, Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen, usw.) nicht selbst bewältigen kann | <input type="checkbox"/> |
| 2. nicht allein gehen kann | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. sehr beschwerlich geht | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. einen Rollstuhl / Rollator benutzt | <input type="checkbox"/> | 7. schwer hört | <input type="checkbox"/> |
| 5. sich nur in Gemeinschaft sinnvoll beschäftigen kann | <input type="checkbox"/> | 8. schlecht sieht | <input type="checkbox"/> |

FB 47 - Ärztlicher Fragebogen

Sonstige Angaben

1. Körpergewicht ca: kg
2. an Hilfsmitteln oder Körperersatzstücken (z.B. Suspensorien, Colostomiebeutel, Bruchbänder, Sauerstoffgerät, Schlafmaske) werden, z.Z. genutzt:
 keine
3. Kostform (z.B. Diät)
4. Ist eine laufende ärztliche und medikamentöse Behandlung erforderlich? ja nein
5. Liegen ansteckende Krankheiten oder Tuberkulose vor? ja nein
6. Liegen meldepflichtige Krankheiten vor? ja nein
7. Besteht ein Dekubitus? ja nein
8. Besteht ein Alkoholabusus? ja nein
9. Besteht ein Medikamentensabusus? ja nein
10. Stuhlbefund:

2. Zusätzliche Angaben

1. Körperlicher Befund (körperliche Konstitution)
.....
.....
2. Allgemeiner Zustand (in Bezug auf Ernährung, Kräfte, Hilfebedürftigkeit)
.....
.....
3. Nervensystem.....
4. Innere Organe.....
5. Vegetative Funktionen.....
6. Bewegungsapparat (Lähmungen).....
7. Psychischer Befund (Stimmungslage, Intellekt, Verhalten)
.....
8. Der Patient ist desorientiert: nein
 persönlich zeitlich örtlich situativ
9. Unmittelbarer Anlass zur Aufnahme in ein Pflegeheim:

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes