



## Ärztlicher Fragebogen (vom Hausarzt ausfüllen lassen)

1. Vor- und Zuname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen 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"/>					

3. Ist der/die Patient/in zeitlich orientiert?

örtlich orientiert?

persönlich orientiert?

situativ orientiert?

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

6. Liegt Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz, Haminkontinenz  
 ja  nein

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

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)? \_\_\_\_\_

8. Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)? \_\_\_\_\_

# Ärztlicher Fragebogen – „Holunderbusch GmbH“ Lorscheid

9. Besteht körperliche  
Behinderung  
(wenn ja, welche Art)? \_\_\_\_\_

10. Liegt physische  
Störung vor  
(wenn ja, welche Art)? \_\_\_\_\_

11. Bestehen ansteckende  
Krankheiten wie  
z. B. TBC? (bitte  
genau bezeichnen) \_\_\_\_\_

12. Diagnose \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Welche Medika-  
mente müssen ver-  
abreicht werden? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Ist Diät/Schonkost  
erforderlich (wenn  
ja, welche Art)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Hinweise,  
Bemerkungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufgenommenen Person.