



**Arbeiterwohlfahrt KV
Saale-Holzland e.V.**

Ärztlicher Fragebogen

AWO Seniorenresidenz
Schmiedehäuser Str. 29a
07774 Camburg
Tel. 036421 – 2930-0
Fax. 036421 – 2930-19

| | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| 1. Name (Familiename, bei Frauen auch Geburtsname) | | | |
| 2. Vorname(n) (Rufnamen unterstreichen) | | | |
| 3. Geburtsdatum | | | |
| 4. Ist Patient gehfähig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 5. Treppensteigen möglich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 6. Ist Patient häufig bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 7. Ständig bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 8. Beherrschung des Stuhlabgangs? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 9. Beherrschung des Urinabgangs? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 10. Fremder Hilfe bedürftig? | <input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> bei | |
| 11. Örtlich orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 12. Zeitlich orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 13. Nachts ruhig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 14. Gemütsstimmung | <input type="checkbox"/> willig | <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> verdrießlich |
| 15. Gefährliche Eigenschaften? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? | |
| 16. Suchtkrankheit? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? | |
| 17. Körperliche Behinderungen (Art) | | | |
| 18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung (Art) | | | |
| 19. Diagnosen | | | |
| 20. Ist Patient frei von ansteckenden Krank- heiten (auch TBC)? | | | |
| 21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes | | | |

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes