

Ärztlicher Fragebogen

(muss vor Einzug/ Vertragsabschluss vorliegen)

Name	Vorname		Geb. Datum
Mobilität			
Positionswechsel im Bett	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ unselbstständig
Halten einer stabilen Sitzposition	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ unselbstständig
Umsetzen	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ unselbstständig
Fortbewegung mit/ ohne Hilfsmittel	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ unselbstständig
Hilfsmittel vorhanden	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Treppensteigen	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ unselbstständig
Wanderverhalten/ Hinlauftendenz	☐ nein	☐ ja	
erhöhte Sturzgefahr/ Stürze in der Vergangenheit	☐ nein	☐ ja	
körperliche Behinderung	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
kognitive und kommunikative Fähigkeiten			
zeitliche/ örtliche/ situative Orientierung	☐ unbeeinträchtigt	☐ beeinträchtigt	☐ nicht vorhanden
Erinnern an wesentliche Ereignisse	☐ unbeeinträchtigt	☐ beeinträchtigt	☐ nicht vorhanden
Verstehen von Sachverhalten	☐ unbeeinträchtigt	☐ beeinträchtigt	☐ nicht vorhanden
Erkennen von Risiken und Gefahren	☐ unbeeinträchtigt	☐ beeinträchtigt	☐ nicht vorhanden
Mitteilen von Bedürfnissen	☐ unbeeinträchtigt	☐ beeinträchtigt	☐ nicht vorhanden
Sehbeeinträchtigung	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Sprach-/ Sprechstörung	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Herausforderndes Verhalten	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Depression	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Suizidgefahr	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Alkoholabhängigkeit	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Abhängigkeit von Substanzen	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Psychische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Hirnorganische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja	wenn ja:

Selbstversorgung

Körperpflege durchführen	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ unselbstständig
An- und Auskleiden	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ unselbstständig
Mundgerechte Zubereitung von Speisen und Eingießen von Getränken	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ unselbstständig
Essen und Trinken	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ unselbstständig
Schluckstörungen	☐ nein	☐ ja	wenn ja, welche Kostform:
Unverträglichkeiten/ Diät/ Allergien	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Toilettengang	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ unselbstständig
Harnkontinenz	☐ nein	☐ ja	
Stuhlkontinenz	☐ nein	☐ ja	
Schlafstörungen	☐ nein	☐ ja	

Diagnosen/ ICD 10-Code

Infektionskrankheiten:

☐ nein

☐ ja

wenn ja:

Medikamente

Besondere Versorgung			
O2-Therapie	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Heimbeatmung	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Tracheostoma	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
PEG	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Katheter	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Sonden-Ernährung	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Besondere Kostformen	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Herzschrillmacher	☐ nein	☐ ja	
Wunden			
Dekubitus	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Ulcera	☐ nein	☐ ja	wenn ja:
Sonstige	☐ nein	☐ ja	wenn ja:

Datum	Stempel/ Unterschrift des Arztes