

## Ärztlicher Fragebogen

für die Aufnahme in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe

Name, Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

### 1. Körperlicher Zustand

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Gehfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Kontrakturen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Anus praeter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hautdefekte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wo: _____

Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art: _____
Körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art: _____
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art: _____
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art: _____
Starke Sehschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Blind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Starke Hörschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Taub	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Risiko – Faktoren		
Rauchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Adipositas	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magersucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamentenmißbruch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 2. Hilfebedürftig beim

An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Baden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Mund und Zahnpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich

## 3. Geistig – seelischer Zustand

Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Orientierung zur eigenen Person	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Orientierung zur Situation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Werden Personen erkannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Depressionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Halluzinationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Neigung zum Weglaufen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Demenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich

### Gemütsstimmung:

freundlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
willig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
verdrießlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
aggressiv	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich

## 4. Medikamente

Bitte aktuellen Medikamentenplan beifügen

## 5. Diagnosen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**6. Liegt eine Infektionskrankheit vor**

ja

nein

Welche: \_\_\_\_\_

**7. Hinweise und Bemerkungen (z. B. bestehende Therapien)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**8. Sonstiges:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes