

Ärztlicher Fragebogen

Bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen!

Körperliche Einschränkungen

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Zeitliche Orientierung				
Örtliche Orientierung				
Persönliche Orientierung				
Situative Orientierung				
Bettlägrigkeit				
Mobilität				
Harninkontinenz				
wenn ja, welche:				

Stressinkontinenz		Dranginkontinenz	
Überlaufinkontinenz		Reflexinkontinenz	

Bereits aufgetretene oder aktuell vorliegende gesundheitliche Risiken?	Thrombose					
	Dekubitus					
	Pneumonie					
	Intertrigo					

Wie ist die Gemütsstimmung / die seelische Verfassung?	
--	--

Liegen psychische Störungen vor? (Wenn ja, welche Art)	
--	--

Besteht eine Sucht-Krankheit? (Wenn ja, welche?)	
--	--

Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welche Art?)	
--	--

Bestehen ansteckende Krankheiten? (TBC / MRGN / MRSA / HIV...)	
--	--

Unverträglichkeiten / Allergien? (Wenn ja, welche Art)	
--	--

Hauptdiagnosen:	
-----------------	--

Datum: _____ Unterschrift HA: _____