

Ärztlicher Fragebogen



1. ALLGEMEINER BEFUND (A = ANTRAGSTELLER)

Der A. geht ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Der A. geht mit Hilfe (auch Gehhilfen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Der A. ist Rollstuhlbedürftig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Der A. ist bettlägrig	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> nein
Beherrschung des Stuhlganges	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beherrschung des Urinabganges	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Allgemeiner Geisteszustand	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> abgebaut	<input type="checkbox"/> verwirrt
Desorientiert	<input type="checkbox"/> örtlich	<input type="checkbox"/> zeitlich	
Nachts ruhig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> Therapie	_____
Diät	<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> welche	_____
Hilfebedürftig:			
<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe	<input type="checkbox"/> beim Waschen	
<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Benützen der Toilette	<input type="checkbox"/> beim wöchentlichen Bad	
<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> bei Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren	

2. DIAGNOSEN

Liegen infektiöse Erkrankungen vor?			
<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche:		<input type="checkbox"/> nein

3. SONSTIGE BEFUNDE

Körperliche/psychische Beeinträchtigung, Gemütslage, Wahrnehmungsstörungen:

4. PFLEGESTUFE

Welche Pflegestufe liegt aktuell vor?	_____
Wann erfolgte die letzte Einstufung?	_____
Wird eine höhere Pflegestufe empfohlen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde eine Höherstufung beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann:	_____

5. GUTACHTEN

Der Antragsteller
<input type="checkbox"/> ist zu einer selbständigen Lebensführung im Heim fähig
<input type="checkbox"/> bedarf besonderer Pflege
<input type="checkbox"/> Teilpflege <input type="checkbox"/> Vollpflege

Ort/Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____