



Fax: 02244 933 1155

Ärztlicher Fragebogen

| Persönliche Angaben der Patientin | |
|-----------------------------------|--|
| Name/Vorname | |
| Anschrift | |
| Geburtsdatum/Ort | |

| Ärztliche Diagnosen | |
|---------------------|-----|
| Diagnose | ICD |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Sonstige Beobachtungen & Notwendigkeiten | |
|---|---|
| Ist Diät oder Schonkost erforderlich? (Welche?) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |
| Besteht eine Suchterkrankung? (Welche?) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |
| Liegen körperliche Behinderungen vor? (Welcher Art?) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |
| Wie ist die seelische Verfassung des Patienten/ der Patientin? Liegen psychischer Störungen vor? (welcher Art?) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |

| Liegt eine Inkontinenz vor? | | | | |
|--|---|--------------------------|---|--------------------------|
| | Nein | Gelegentlich | Häufig | Dauernd |
| Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche Form? | <input type="checkbox"/> Stressinkontinenz <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz <input type="checkbox"/> Reflexinkontinenz | | <input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz <input type="checkbox"/> Extraurethaleinkontinenz | |
| <i>Wenn erforderlich: Inkontinenzbescheinigung</i> | | | | |



Fax: 02244 933 1155

| Ansteckende Krankheiten | |
|---|---|
| Ist der Patient/ die Patientin frei von ansteckenden und/ oder meldepflichtigen Erkrankungen? (TBC, Hepatitis, ORSA, MRSA etc.) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein: |
| <i>Ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz ist erforderlich</i> | |

| Allergien | |
|-----------------------------------|---|
| Sind Allergien bekannt? (Welche?) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |

| Medikamente (Welche Medikamente müssen verabreicht werden?) | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Medikament: | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Fachärzte | |
|-----------|---------------|
| 1. | Fachrichtung: |
| 2. | Fachrichtung: |
| 3. | Fachrichtung: |
| 4. | Fachrichtung: |
| 5. | Fachrichtung: |

Diese Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel des Arztes

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!