

# ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Vorname:

Zuname:

Geburtsdatum:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

## 1. Körperlicher Zustand

Ja

Nein

Gelegentlich

Bettlägerig

Dauerkatheter

Harninkontinenz

Stuhlinkontinenz

Anus praeter

Hautdefekte

Wo:

Allergien

Art:

Krampfanfälle

Art:

Starke Sehschwäche

Herzschrittmacher

Dialyse

PEG-Sonde

Suchtkrankheit

Art:

Behinderung

Art:

Diät/Schonkost erforderlich

Wurden resistente Erreger festgestellt?

Ist der/die Patient/in frei von  
ansteckenden Krankheiten,  
wie z.B. TBC?

(Grundlage §36 Abs. 4 IfSG)

## 2. Hilfebedürftigkeit

Ernährung

Mobilität

Körperpflege

## 3. Diagnosen

