



An den Dominikanern 6-8, 50668 Köln
Tel.0221/ 1664-0, Fax:0221/1664-802

Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname _____
Geburtsdatum _____

Umfang der zu leistenden Hilfen

(bitte ankreuzen)

	nicht erforder- lich	gelegent- lich oder geringfügig	ständig oder um- fassend
Zubettgehen und Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ablegen von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauch von Hilfsmitteln (Steckbecken, Toilettenstuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberhalten bei Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen mundgerecht zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfestellung beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfestellung bei Benutzung eines Rollstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darreichen von Medikamenten / Tropfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verabreichung von Medikamenten / Tropfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG-Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transurethraler Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnose			

Weitere Fragestellungen

Geh- und stehunfähig, aber nicht bettlägerig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Tagsüber bettlägerig ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> ständig
Ist dauernde Nachtwache erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Frei von Infektionskrankheiten ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Frei von Tbc ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Frei von MRSA ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Frei von Suchtkrankheiten ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____

Sturzgefährdung ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<hr/>	
Dekubitus ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> I. Grades	<input type="checkbox"/> II. Grades	<input type="checkbox"/> III. Grades

Umfang der zu leistenden Hilfen

(bitte ankreuzen)

	nicht erforder-	gelegent- lich oder	ständig oder um-
Notwendigkeit der Aufsicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressionsneigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Desorientiertheit - zeitlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise
Desorientiertheit - örtlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise
Desorientiertheit - persönlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise
Desorientiertheit - situativ	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise

Feststellung über Art, Umfang und Auswirkung der Behinderung, des Leidens,

Diagnose(n):

Funktionelle Einbußen:

- im körperlichen Bereich:

- im geistig seelischen Bereich:

Medikation:

Hinweise, Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes