



PARKWOHNANLAGE *für Senioren*

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

(vom Arzt auszufüllen!)

Vorname: Zuname:

Geburtsdatum:

1. Körperlicher Zustand	Ja	Nein	Gelegentlich	(Zutreffendes bitte ankreuzen)
Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anus praeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautdefekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo:	
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art:	
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art:	
Starke Sehschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PEG-Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Suchtkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art:	
Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art:	
Diät/Schonkost erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wurden resistente Erreger festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten, wie z.B. TBC? (Grundlage §36 Abs. 4 IfSG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

2. Hilfebedürftigkeit	Ja	Nein	Gelegentlich
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Diagnosen

.....

.....

.....

.....

