

Anschrift
x Zutreffendes bitte ankreuzen

Nr./AZ bitte angeben



Ärztlicher Fragebogen

Villa Auguste Hospiz Leipzig gGmbH

Tel.: 0341 - 863 183 0 / Fax.: 0341 - 863 183 59

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Name Familiename, bei Frauen auch Geburtsname	
2. Vorname (n) Rufname unterstreichen	
3. Geburtsdatum	
4. Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Beherrschung des Stuhlgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/> bei
11. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
12. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
13. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
14. Gemütsstimmung	<input type="checkbox"/> willig <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> verdrießlich
15. Gefährliche Eigenschaften	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
16. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
17. Körperliche Behinderungen (Art)	
18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung (Art)	
19. Diagnose	
20. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc*)?	
21. Hinweis und Bemerkungen des Arztes:	

*) aufgrund einer Röntgenaufnahme, die nicht älter als 3 Monate ist

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes

