

## Ärztlicher Fragebogen

Nur vom Hausarzt auszufüllen

**pro civitate g.GmbH**  
Seniorenzentrum »Am Kurpark«  
Schillerstraße 46  
06246 Bad Lauchstädt

Tel 034635 9010  
Fax 034635 90127  
hl.badlauchstaedt@  
procivitate.de  
www.procivitate.de/  
bad-lauchstaedt

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und eventuell in einem verschlossenem Umschlag zur Weiterleitung.

### Familienname

ggf. Geburtsnamen angeben

### Vorname(n)

### Geburtsdatum

#### Ist der Patient gehfähig?

Ja  Nein

#### Ist Treppensteigen möglich?

Ja  Nein

#### Ist der Patient häufig bettlägerig?

Ja  Nein

#### Ständig bettlägerig?

Ja  Nein

#### Beherrschung des Stuhlgangs?

Ja  Nein

#### Beherrschung des Urinabgangs?

Ja  Nein

#### Fremder Hilfe bedürftig?

beim Essen

beim Waschen

beim Ankleiden

beim Frisieren/Rasieren

beim Aufstehen aus dem Bett

beim Lagern zur Nachtruhe

beim Benutzen der Toilette

bei ...

#### Örtlich orientiert?

Ja  Nein  Nicht immer

#### Zeitlich orientiert?

Ja  Nein  Nicht immer

#### Nachts ruhig?

Ja  Nein  Nicht immer

#### Gemütsstimmung?

willig  freundlich  verdrießlich

**Gefährliche Eigenschaften?**

Ja     Nein     Ja, welche?

**Suchtkrankheiten?**

Ja     Nein     Ja, welche?

**Körperliche Behinderung(en)**

**Geistig-seelische Behinderung oder Störung**

**Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten?**

Ja     Nein

Bitte genau bezeichnen

**Diagnosen**

Bitte ICD-10 mit angeben

**Welche Medikamente müssen verabreicht werden?**

**Ist Diät/Schonkost erforderlich?**

Wenn ja, welche Art?

**Hinweise, Bemerkungen des Arztes**

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift