

## Ärztlicher Fragebogen

Nur vom Hausarzt auszufüllen

pro civitate  
Pflege und Betreuung gGmbH  
Seniorenzentrum Elsterwerda  
Straße des 3. Oktober 11–13  
04910 Elsterwerda

Fon: 0 35 33.60 20  
Fax: 0 35 33.6 02 81  
hl.elsterwerda@procivitate.de  
www.procivitate.de/elsterwerda

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

### Familiename

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

#### Persönlich 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

### Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

### Ist Diät/Schonkost erforderlich?

Wenn ja, welche Art?

### Hinweise, Bemerkungen des Arztes

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift