

## Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname:	geb. am:
----------------	----------

### Feststellung des Arztes über Art, Umfang und Auswirkungen der Behinderung des Leidens

<b>1. Diagnose und Befund:</b> (möglichst deutsche Bezeichnung verwenden)			
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> <b>Diabetes Diät</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____ BE/KE <input type="checkbox"/> Sondenernährung _____ <input type="checkbox"/> Sonderkostform _____ <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Dekubitus			
Bestehen ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, MRSA, Hepatitis)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____			
<b>2. Bestehen funktionelle Einbußen im körperlichen Bereich?</b>			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____			
_____			
<b>3. Bestehen funktionelle Einbußen im geistig/seelischen Bereich?</b>			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, folgende: _____			
_____			
<input type="checkbox"/> örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/> zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> situativ desorientiert	<input type="checkbox"/> Weglauf-tendenz
<input type="checkbox"/> Unruhe tagsüber	<input type="checkbox"/> Unruhe während der Nacht	<input type="checkbox"/> eingeschränkte Selbstkontrolle gegenüber Suchtmittel	
<b>4. Körpergewicht:</b>		kg	
<b>5. Körpergröße:</b>		cm	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin