

Ärztlicher Fragebogen zum Einzug

in das CBT-Wohnhaus: _____

Fax: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnosen / ICD 10-Code: _____

	Ja	Nein	Gelegentlich
Zeitlich orientiert			
Persönlich orientiert			
Örtlich orientiert			
Situativ orientiert			
Gefährdet sich und/oder Andere			
Nächtliche Unruhe			
Hat eine Laftendenz			
Motorische Unruhe			

Besondere Pflege

	Ja	Nein
Wundpflege		
Dekubitus		
Chronische Schmerzen		
Lähmungen		
Sonstiges		

	Ja	Nein
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme		
Mundgerechte Zubereitung		
Dysphagie		
Diät/Schonkost		
Nahrungs- oder Flüssigkeitsbeschränkung		
Sondenkost		

Hilfe zur Mobilität

	Ja	Nein	Gelegentlich
Aufstehen/Zubettgehen			
Beim Gehen			
Rollstuhl			
Geh- und stehfähig			

Besteht eine...

	Ja	Nein
Suchtgefährdung, welche?		
Suchterkrankung, welche?		
Suizidgefahr?		
Ansteckende Erkrankung?		

Hinweis an den behandelnden Arzt: Bitte senden Sie uns eine aktuelle Medikamentenverordnung!

Bemerkungen: _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes