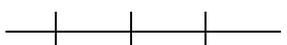
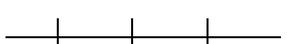
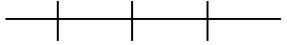


Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname			
Geburtsdatum			
Krankenkasse			
Aufnahme in Klinik am:		voraussichtliche Entlassung am:	
Hausarzt/ behandelnder Arzt: <i>(falls kein Klinikaufenthalt)</i>	Name: Anschrift:		Telefon:
Diagnosen: psychisch physisch			
Welche ansteckenden Krankheiten bestehen?			
Welche körperlichen Einschränkungen bestehen?			
Derzeitige Medikation			
Wird/Wurde Entzugsmedikation gegeben?	<input type="checkbox"/> ja <i>Name:</i> _____ <input type="checkbox"/> nein		
Verhalten im Entzug bzw. nach Aufnahme	<input type="checkbox"/> emotional stabil <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> offen, freundlich <input type="checkbox"/> antriebsarm <input type="checkbox"/> suizidal <input type="checkbox"/> kooperativ <input type="checkbox"/> Krampfanfall	<input type="checkbox"/> emotional instabil <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> distanziert, verschlossen <input type="checkbox"/> antriebsstark <input type="checkbox"/> Halluzinationen <input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen <input type="checkbox"/> Fluchtendenzen	
Sonstiges:			

Ärztlicher Fragebogen

Derzeitige Grundstimmung	<input type="checkbox"/> emotional stabil <input type="checkbox"/> emotional instabil <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> offen, freundlich <input type="checkbox"/> distanziert, verschlossen <input type="checkbox"/> antriebsarm <input type="checkbox"/> antriebsstark																					
Sonstiges:																						
Orientierung	zeitlich: 100%  0%																					
	örtlich: 100%  0%																					
	zur Situation: 100%  0%																					
	zur eigenen Person: 100%  0%																					
Hilfebedarf: (Ernährung, Körperpflege, Selbständigkeit, Merkfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit) etc.																						
Hilfsmittel	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">ist vorhanden</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">wird benötigt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gehilfen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Brille/Kontaktlinsen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hörgerät</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gebiss</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prothese</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Sonstiges: _____</td> </tr> </tbody> </table>		ist vorhanden	wird benötigt	Gehilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brille/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gebiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____		
	ist vorhanden	wird benötigt																				
Gehilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Brille/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Gebiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Sonstiges: _____																						
Sonstige Ergänzungen																						
Hinweise und Bemerkungen des behandelnden Arztes																						
Alle Angaben beruhen auf einer persönlichen Untersuchung des unterzeichnenden Arztes.																						
Datum, _____	_____ Unterschrift																					