



## Ärztlicher Fragebogen

Herr/Frau \_\_\_\_\_

Diagnosen: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_

### Medikation:

	morgens	mittags	Abends	Zur Nacht

### Mobilität:

	Ja	Mit Hilfe	Nein
<b>Kann alleine laufen</b>			
<b>Kann alleine essen</b>			
<b>Kann sich alleine waschen</b>			
<b>Kann sich alleine an-/auskleiden</b>			
<b>Ist orientiert</b>			
<b>Weglauftendenz</b>			

**Es wird hiermit ausdrücklich bestätigt, daß o. g. Person frei von ansteckenden Krankheiten, insbesondere frei von ansteckungsfähiger Tuberkulose der Atmungsorgane ist.**

Stempel und Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_