



FRAGEBOGEN ZUR PERSÖNLICHEN LEBENSSITUATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um uns ein umfassendes Bild über Ihre Erkrankung machen zu können und die optimale Behandlung für Sie zu finden,
benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen in Ruhe aus. Er liefert uns
wichtige Informationen, die in unserem anschließenden Gespräch ergänzt und vertieft werden können.

■ Angaben zur Person

Name:		Vorname:	
geb. am:			

■ Wer kümmert sich um Sie, wenn Sie Hilfe benötigen?

Name:	Tel.-Nr.:
-------	-----------

■ Ist, wenn nötig, eine Hilfe für den Haushalt vorhanden?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, durch wen?	
-------------------------------	-----------------------------	---------------------	--

■ Haben Sie pflegebedürftige Angehörige, um die Sie sich kümmern?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, durch wen?	
-------------------------------	-----------------------------	---------------------	--

■ Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Grad der Behinderung?		% Zusätze:	
-------------------------------	-----------------------------	-----------------------	--	------------	--

■ Haben Sie einen Pflegegrad?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche (1 - 5)?	
-------------------------------	-----------------------------	--------------------------	--

Datum Unterschrift des Patienten

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!