

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Bitte lassen Sie uns den vom Hausarzt ausgefüllten Fragebogen vor der Heimaufnahme zukommen!

Name / Vorname

Geburtsdatum

DIAGNOSE

.....

Ansteckende Erkrankung Keine TBC Hepatitis B / C

Infektiöse Erkrankung Keine
 MRSA / VRE - Lokalisation:
 MRGN / Lokalisation:

Suchtkrankheit Keine Rauchen Alkohol

Allergien Keine

Inkontinenz Nein
 JA / Versorgung:
 Harnblasenkatheter

MEDIKATION *Siehe Medikamentenplan*

ERNÄHRUNG

Vollkost Passierte Kost Mundgerecht vorbereiten
 Diät

Unverträglichkeit

DESORIENTIERUNG

	<i>Nein</i>	<i>Gelegentlich</i>	<i>Häufig</i>	<i>Ständig</i>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HILFESTELLUNG erforderlich beim

	<i>Nein</i>	<i>Gelegentlich</i>	<i>Häufig</i>	<i>Ständig</i>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beaufsichtigung erforderlich wegen

	<i>Nein</i>	<i>Gelegentlich</i>	<i>Häufig</i>	<i>Ständig</i>
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Ort, Datum

.....
Arztunterschrift und Stempel

	Erstellt	Überarbeitet	Freigegeben	Überarbeitung November 2021
am:	31.01.2019	27.11.2019	04.12.2019	
von:	QZ Pflegestandards	Leitungskonferenz	Ltg. QM / Frau Manger	