

**Ärztlicher Fragebogen**QM - Nr.:
F4-Vaw-3.5-1Geltungsbereich:
Verwaltunggültig ab:
01.02.2010

Zweck: Einheitliche Vorgehensweise

Seite 1 von 2

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in die stationäre Pflege

Mit diesem Fragebogen helfen Sie dem Pflegebedürftigen einen reibungslosen Übergang in die stationäre Pflege.

1. Vor- und Zuname: _____	Geburtsdatum: _____									
2. Benötigt der / die Patient/in Hilfen beim	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		
Gehen	<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"/>	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<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"/>	Zu Bett gehen	<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"/>	Benutzen der Toilette	<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"/>						
3. Ist der / die Patient/in zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
persönlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Ist der / die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
situativ desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
6. Liegt Inkontinenz vor?	Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, in welcher Form?					
	<input type="checkbox"/> Belastungssinkontinenz <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz <input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz <input type="checkbox"/> _____									
7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?										
8. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?										
9. Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?										

erarbeitet:	überprüft:	freigegeben:
A. Wagner/QMB 01.02.2010	U. Waldorf/PDL 01.02.2010	M. Blinn/RL 01.02.2010



QM-Handbuch
Ärztlicher Fragebogen

QM - Nr.:
F4-Vaw-3.5-1
Geltungsbereich:
Verwaltung
gültig ab:
01.02.2010

Zweck: Einheitliche Vorgehensweise

Seite 2 von 2

10. Liegen physische
Störungen Vor?
(Wenn ja,
welcher Art)?

11. Bestehen ansteckende
Krankheiten wie z.B.
TBC?
(bitte genau
bezeichnen)

12. Diagnose

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Medikament	Verabr.form	mgs	mitt	abs	na	
Bedarfsmedikamente:						

14. ist Diät/
Schönkost
erforderlich?
(wenn ja, welche Art)?

15. Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arztes: _____

erarbeitet:	überprüft:	freigegeben:
A. Wagner/QMB 01.02.2010	U. Waldorf/PDL 01.02.2010	M. Blinn/RL 01.02.2010