

Einrichtung: _____

Ärztlicher Fragebogen

(vom zuletzt behandelnden Haus- oder Krankenhausarzt auszufüllen)

Herrn / Frau: _____ geb. am _____

Wohnort: _____
(PLZ, Ort, Str. u. Haus-Nr., Tel.-Nr.)

I. Gesundheitszustand

1. Körpergewicht ca. _____ kg Körpergröße _____ cm

2. Welche Hilfsmittel (z.B. Herzschrittmacher, Colostomiebeutel, Rollstuhl, Tracheostoma) werden zur Zeit benötigt: _____

3. Erforderliche Sonderkost (z.B. Diät, Sondenernährung)

4. Ist eine laufende medikamentöse Behandlung erforderlich? ja nein

Wenn ja, welche ? _____

5. Ist der Patient frei von Lungentuberkulose (s. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz IfSG)
 ja nein

6. Ist der Patient frei von sonstigen ansteckenden Erkrankungen? ja nein
wenn Nein / welche: _____

7. Besteht ein Dekubitus? ja nein

Wenn ja, seit wann, wo und welche Größe ? _____

8. Besteht ein Alkoholabusus? ja nein

9. Besteht ein Medikamentenabusus? ja nein

Erstellt/ Bearbeitet:	Geprüft	Freigegeben
Kübel	QM-Steuergruppe	Adrian
01.03.2018	28.02.2018	28.02.2018

II. Zusätzliche Angaben

1. Diagnosen: _____

2. Körperlicher / psychischer Zustand (z.B. Motorik, nächtl. Unruhe, Orientierung): ____

3. Gibt es Allergien / Unverträglichkeiten? ja nein

4. Liegt eine Stuhl- / Urininkontinenz vor? ja nein

5. Fachärztliche Betreuung notwendig? ja nein

Wenn ja welche

6. Behandeln Sie den o.g. Patienten nach erfolgtem Heimeinzug weiter?

ja nein

Stempel und Unterschrift des Arztes

Erstellt/ Bearbeitet:	Gepprüft	Freigegeben
Kübel	QM-Steuergruppe	Adrian
01.03.2018	28.02.2018	28.02.2018