

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug bzw. zur Kurzzeitpflege

Bitte ausgefüllt zurück an: Alten- und Pflegeheim \_\_\_\_\_

Email:

Fax:

1. Vor- und Zuname:  <b>Geburtsdatum:</b>																	
2. Diagnosen: (Bitte vorliegende Arztbriefe/Entlassungsberichte beifügen)																	
3. Medikamente	<b>Bitte aktuellen Medikamentenplan beifügen!</b>																
4. Ist der Patient orientiert	<table border="0"> <tr> <td><b>Zeitlich</b></td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Zeitweise</td> </tr> <tr> <td><b>Örtlich</b></td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Zeitweise</td> </tr> <tr> <td><b>Situativ</b></td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Zeitweise</td> </tr> <tr> <td><b>zur Person</b></td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Zeitweise</td> </tr> </table>	<b>Zeitlich</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise	<b>Örtlich</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise	<b>Situativ</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise	<b>zur Person</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
<b>Zeitlich</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise														
<b>Örtlich</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise														
<b>Situativ</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise														
<b>zur Person</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise														
5. Liegt eine Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz  Harninkontinenz	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Enterostoma</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Dauerkatheter</td> <td><input type="checkbox"/> Urostoma</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Enterostoma		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Urostoma								
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Enterostoma															
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Urostoma														
6. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alkohol</td> <td><input type="checkbox"/> Nikotin</td> <td><input type="checkbox"/> Schmerzmittel</td> <td><input type="checkbox"/> Laxantien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BTM</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges:</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Nikotin	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Laxantien	<input type="checkbox"/> BTM	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Nikotin	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Laxantien														
<input type="checkbox"/> BTM	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		<input type="checkbox"/>														
7. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Demenz</td> <td><input type="checkbox"/> Depression</td> <td><input type="checkbox"/> Schizophrenie</td> <td><input type="checkbox"/> Manie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wahn</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Schizophrenie	<input type="checkbox"/> Manie	<input type="checkbox"/> Wahn	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____										
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Schizophrenie	<input type="checkbox"/> Manie														
<input type="checkbox"/> Wahn	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____																
8. Besteht eine körperliche Beeinträchtigung?	<input type="checkbox"/> Lähmungen Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Amputationen Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____																
9. Bestehen ansteckende Krankheiten?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> TBC</td> <td><input type="checkbox"/> MRSA</td> <td><input type="checkbox"/> ESBL</td> <td><input type="checkbox"/> MRGN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Noroviren</td> <td><input type="checkbox"/> Clostridioides difficile</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges:</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> ESBL	<input type="checkbox"/> MRGN	<input type="checkbox"/> Noroviren	<input type="checkbox"/> Clostridioides difficile	<input type="checkbox"/> Sonstiges:									
<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> ESBL	<input type="checkbox"/> MRGN														
<input type="checkbox"/> Noroviren	<input type="checkbox"/> Clostridioides difficile	<input type="checkbox"/> Sonstiges:															

\* Im Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, die selbstverständlich alle Geschlechter immer mit einschließt.

QMH 1.2 Änderungsstatus: 1	Bearbeitet von: QPE, EL-Vertreter	Verantwortet von: GL	Freigegeben am: 22.01.2025 Inkrafttreten am: 01.02.2025	
-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------	--	--

