

Ärztlicher Fragebogen

Ärztlicher Fragebogen

Interessant					
Familienname					
Vorname					
Geburtsdatum/-ort		• Am			• In
Geburtsname					
Pflege- und Betreuungsbedarfe					
Mobilität und Grundpflege	Hilfe beim..	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Treppen steigen	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rasieren	<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"/>
	Trinken	<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"/>
	Toilettennutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bettlägrigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung	Ist ... desorientiert	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zur Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nächtl. Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinenz	Hilfe beim..	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nähere Beschreibung:				
Psychiatrische Diagnosen					
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Welche:				
Somatische Diagnosen					
Davon Pflegerelevant					

Ärztlicher Fragebogen

Allergien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Welche:		
Ansteckende Krankheiten/Infektionen	<input type="checkbox"/> Ja: Welche: <input type="checkbox"/> Nein, liegt ein ärztliches Zeugnis nach Infektionsschutzgesetz vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Medikamenteneinnahme	Medikament	Tagesdosis in mg	
	<input type="checkbox"/> Die aktuelle Verordnung liegt bei Eine aktuelle Verordnung ist spätestens bei einer Aufnahme erforderlich		
Beschreibungen			
Wie ist die aktuelle Gemütsstimmung?			
Gibt es Hinweise zu Schmerzen?			
Gibt es besondere Erfordernisse an die Kostform?			
Aus welchem Grund ist eine Heimaufnahme nötig?			
Sonstige Hinweise und Informationen			

Die Angaben beruhen auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort und Datum:

Name, Unterschrift des Arztes

	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	Geltungsbereich: HD / 15 / 16 / 17 / 37	
Datum:	14.03.18	14.03.18	18.09.18	Revisionsstand: 00	Seite 2 / 2
Funktion / Name:	BL / J. Böcherer	QMB / N. Kern	HD / H. Wiemer	Registrier-Nr.: HFK 1.0.9	
C:\Users\Breithaupt\Desktop\HFK 1_0_9 Ärztlicher Fragebogen.doc					