

# Ärztlicher Fragebogen

## Ärztlicher Fragebogen

Interessant					
Familiename					
Vorname					
Geburtsdatum/-ort	• Am		• In		
Geburtsname					
Pflege- und Betreuungsbedarfe					
Orientierung	Zeitlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> stets
	Örtlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> stets
	Zur Person	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> stets
	Zur Situation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> stets
	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> stets
Mobilität	Eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
	Einschränkung beim Treppen steigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
	Einschränkung beim Gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
	Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
		Welche:			
Ausscheidungen	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> stets
	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> stets
	Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
	Stoma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Diät	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      Welche:				
PEG	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Chronische Wunden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      Welche:				
Chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
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				
Medikamenten	<input type="checkbox"/> Die aktuelle Verordnung liegt bei Eine aktuelle Verordnung ist spätestens bei einer Aufnahme erforderlich				

# Ärztlicher Fragebogen

Psychiatrische Diagnosen	
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Welche:
Somatische Diagnosen	

Aus welchem Grund ist eine Heimaufnahme nötig?	
Wie ist die aktuelle Situation	
Sonstige Hinweise und Informationen	

Ort und Datum:

Name, Unterschrift des Arztes

	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	Geltungsbereich:	HD / 15 / 16 / 17 / 37
Datum:	05.12.19	23.01.20	23.01.20	Revisionsstand:	01      Seite 2 / 2
Funktion / Name:	SD / U. Stambke	QMB / P. Pestl	HD / H. Wiemer	Registrier-Nr.:	HFK 1.0.9
<small>C:\Users\gerberm\Desktop\Zwischenablage\HFK 1_0_9 Ärztlicher Fragebogen.doc</small>					