

<i>Dr. Georg Frank - Altenhilfe - Stiftung</i>	<b>Qualitätsmanagement- handbuch</b>	<b>Geltungsbereich:</b> Alle Kap F/ 3. Bewohnerverwaltung
--	--	--

### 3.8 Ärztlicher Fragenbogen

Anlage zum Heimaufnahmeantrag vom .....

Vorname:..... geb. am: .....

Nachname: .....

#### Mobilität

Patient ist:

gehfähig  ja  nein

Treppensteigen möglich  ja  nein

häufig bettlägerig  ja  nein

ständig bettlägerig  ja  nein

#### Fremde Hilfe Notwendig

beim Essen

beim Waschen

beim Ankleiden

beim Frisieren / Rasieren

beim Aufstehen aus dem Bett

beim Lagern zur Nachruhe

beim Benutzen der Toilette

bei .....

Brillenträger  ja  nein

Hörgerät  ja  nein

Raucher  ja  nein

Körpergewicht ..... kg

Körpergröße ..... cm

Körperliche Behinderung: .....

Inkontinent  ja  nein

Stuhl inkontinent  ja  nein

Urin inkontinent  ja  nein

#### Orientierung

Örtlich  ja  nein  nicht immer

Zeitlich  ja  nein  nicht immer

Gemütsstimmung  willig  freundlich  verdrießlich

Nachts unruhig  ja  nein  nicht immer

Wie äußert sich das? .....

**BITTE WENDEN!**

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite 1
Vorstand	QM	13.09.2016	19.03.2009	von 2

Suchtkrankheiten  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

---

### Psychiatrische Behandlung

Notwendig  ja  nein

Gefährliche Eigenschaften  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Geschlossene Unterbringung notwendig  ja  nein

Begründung: \_\_\_\_\_

---

### Diagnose

Diabetes  ja  nein

Insulin pflichtig  ja  nein

Patient frei von ansteckenden Krankheiten  ja  nein

Sonstige Diagnosen \_\_\_\_\_

---

### Allergien

Medikamentenallergien  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Allgemeine Allergien  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

---

### Hinweise und Bemerkung des Arztes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift d. Arztes

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite 2
Vorstand	QM	13.09.2016	19.03.2009	von 2