



Ärztlicher Fragebogen

Konzept Bewohnereinzug

3.2.25.

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Benötigt der Patient Hilfe beim ?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen/ Treppen- Steigen					Frisieren/ Rasieren				
Essen					Aufstehen (aus dem Bett)				
Waschen					Zu Bett gehen				
Einkleiden					Inkontinenz				

Ist der Patient desorientiert ?

	Ja	Nein	
Zeitlich:			Treten Nachts Unruhezustände auf ?
Örtlich:			
Persönlich:			Ist der Patient bettlägerig?
Situativ:			

Liegt eine Inkontinenz vor?

	Nein	Stress- inkontinenz	Drang- inkontinenz	Reflex- inkontinenz	Überlauf- inkontinenz
Harnausscheidung					
Stuhlausscheidung (nur ja/nein)					

Wie ist die seelische Verfassung?

Besteht eine körperliche Behinderung? (wenn ja, welche?)

Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welche)

Erstellt :	Geprüft :	Freigegeben :	Stand:	Änderungsstand:
QM-JO	Dieses Dokument ist auch ohne Unterschrift gültig. Das Dokument mit den Prüf- und Freigabeunterschriften befinden sich im Original - Qualitätshandbuch bei der Einrichtungsleitung.		18.03.2022	04



Ärztlicher Fragebogen

Konzept Bewohnereinzug

3.2.25.

Bestehen ansteckende Krankheiten? (Genaue Bezeichnung)

Diagnosen:

Medikation:

Ist Diät/ Schonkost erforderlich? (wenn ja, welche)

Hinweise Bemerkungen:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen
Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift
des untersuchenden Arztes

Ort: _____

Datum: _____

Erstellt :	Geprüft :	Freigegeben :	Stand:	Änderungsstand:
QM-JO	Dieses Dokument ist auch ohne Unterschrift gültig. Das Dokument mit den Prüf- und Freigabeunterschriften befinden sich im Original - Qualitätshandbuch bei der Einrichtungsleitung.		18.03.2022	04