

F Ablauforganisation

8.2 Bewohneraufnahme



F 8.2.5 Ärztlicher Fragebogen anlässlich zur Anmeldung zur Heimaufnahme

Name: _____ Vorname: _____ Geb.dat.: _____

Ist/hat der Patient:

- | | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------|---|
| gefähig | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ständig bettlägerig | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Beherrschung der Urinabgabe | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Beherrschung des Stuhlabganges | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Dekubitusgeschwüre | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | unverheilte Operationswunden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| künstliche Ernährung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

- fremde Hilfe bedürftig:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> beim Essen | <input type="checkbox"/> Waschen |
| <input type="checkbox"/> Ankleiden | <input type="checkbox"/> Frisieren / Rasieren |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett | <input type="checkbox"/> Lagern zur Nachtruhe |
| <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> bei |

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nicht immer | <input type="checkbox"/> nein |
| zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nicht immer | <input type="checkbox"/> nein |
| zur Person orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nicht immer | <input type="checkbox"/> nein |
| nachts ruhig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nicht immer | <input type="checkbox"/> nein |

- Gefährliche Eigenschaften ja Welche _____ nein
 Suchtkrankheiten ja Welche _____ nein

Geistig-seelische Behinderungen/Störungen? ja nein
 wenn ja welcher Art? _____

körperliche Behinderungen? ja nein
 wenn ja welcher Form? _____

Diagnose: _____

- Ist die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung erforderlich? ja nein
 Ist der Patient geschäftsfähig? ja nein

Es wird hiermit ausdrücklich bestätigt, dass o.g. Person frei von ansteckenden Krankheiten, insbesondere frei von ansteckender Tuberkulose der Atmungsorgane ist. ja nein

Hinweise des Arztes (Kostform, Diät, Unverträglichkeiten): _____

Ärztliche Verordnungen:

Medikament	Morgens	Mittag	Abend	Nacht

Bemerkungen: _____

_____ Ort Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QMB	2	11.02.2014	Seite 1 von 1