



Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West

Stationäre Altenhilfe • Behindertenhilfe

Kapitel III
QM III-2.2.1.

Dienstleistungen in der Praxis der stationären Pfleg
Beratung

FB III-2.2.1./02 Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur: Tagespflege Kurzzeitpflege Heimaufnahme
Zutreffendes bitte ankreuzen

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben

1.	Vor- und Zuname			
2.	Geburtstag			
3.	Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4.	Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5.	Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6.	Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7.	Beherrschung des Stuhlganges?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8.	Beherrschung des Urinabganges?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9.	Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen	
		<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren	
		<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe	
		<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> beim	
10.	Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
11.	Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12.	Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13.	Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
14.	Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
15.	Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
16.	Körperliche Behinderung(en) -Art			
17.	Geistig-seelische Behinderung oder Störung? –Art-			
18.	Diagnose / Allergien			
19.	Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten? (auch Tbc)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, welche?	
20.	Hinweise und Bemerkungen des Arztes:			

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Revision: 1.1	Datum	Archivierung	Seite
FB III-2.2.1.-02	29.08.2014	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	1 von 1