

Sozialzentrum Köhler GmbH	Qualitätshandbuch	Geltungsbereich:
Panorama Pflegepark Goldkronacher Str. 8 95463 Bindlach Tel: 09208-669 0 Fax: 09208-669 666	ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN	Verwaltung

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

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Benötigt der/die Patient/in Hilfe bei nachstehenden Aktivitäten des täglichen Lebens?: (Bitte ankreuzen)

	Nein	Gelegentlich	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Dauernd
Gehen	()	()	()	Tägl. Körperpflege	()	()	()
Aufstehen aus dem Bett	()	()	()	Frisieren / Rasieren	()	()	()
Zu Bett gehen	()	()	()	Baden	()	()	()
Stufen steigen	()	()	()	An- und auskleiden	()	()	()
Benutzen der Toilette	()	()	()	Essen und Trinken	()	()	()

Welche weiteren Einschränkungen und Merkmale liegen vor?: (Bitte ankreuzen)

Harninkontinenz	()	()	()	Stuhlinkontinenz	()	()	()
[Welche Ursache bei Harninkontinenz?:	() Stress	() Drang	() Reflex	() Überlauf	() Extrarethral]		
Persönl. Desorientierung	()	()	()	Selbstgefährdung	()	()	()
Örtl. Desorientierung	()	()	()	Fremdgefährdung	()	()	()
Zeitl. Desorientierung	()	()	()	Bettlägerigkeit	()	()	()
Situative Desorientierung	()	()	()	Unruhezustände tags	()	()	()
Wegläuftendenz / Umtrieb.	()	()	()	Zerstörungsneigung	()	()	()
Unruhezustände nachts	()	()	()	Verb. Verständigung	()	()	()
Aufsicht am Tage nötig	()	()	()				

Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja, welche?): _____

Bestehen körperliche Behinderungen?: (Wenn ja, welche?): _____

Werden Körperersatzstücke, orthop. oder andere Hilfsmittel benötigt? (Wenn ja, welche?): _____

Freigabe:	Bearbeiter:	Änderungsstand:	Aktualisiert:	Seite:
QMB	QMB	2	28.11.2005	1 von 2

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (Wenn ja, bitte genau bezeichnen!)

Diagnosen:

Einnahme der Medikamente selbständig:

ja

nein

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?:

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

Ist Schonkost / Diät erforderlich?

ja

nein

Wenn ja, welche Art?: (Bei Diabetes-Diät bitte BE und ihre Verteilung angeben: _____)

_____, den _____
Ort Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Freigabe: QMB	Bearbeiter: QMB	Änderungsstand: 2	Aktualisiert: 28.11.2005	Seite: 2 von 2
------------------	--------------------	----------------------	-----------------------------	-------------------