

Pflegeheim Süplingen
Im Winkel 1a
38373 Süplingen
Tel.: 05355 910900
Fax: 05355/910 90 180

Deutsches Rotes Kreuz

„Ärztlicher Fragebogen“

pflegewohnhaus.suepplingen@drk-kv-he.de

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig:

1. Vor- und Zuname: _____

2. Geburtstag: _____

3. Diagnose: _____

4. Ist der/die Patient/in gehfähig? ja nein

5. Ist Treppensteigen möglich? ja nein

6. Ist der/die Patient/in bettlägerig? ja nein

7. Beherrscht der/die Patient/in seinen Stuhlgang? ja nein

8. Beherrscht der/die Patient/in seinen Urinabgang? ja nein

9. Benötigt der/die Patient/in fremde Hilfe:

beim Essen

beim Waschen

beim Ankleiden

beim Frisieren/ Rasieren

beim Aufstehen aus dem Bett

beim Lagern

beim Benutzen der Toilette beim _____

10. Ist der/die Patient/in örtlich orientiert? ja nein nicht immer

11. Ist der/die Patient/in zeitlich orientiert? ja nein nicht immer

12. Ist der/die Patient/in zur Person orientiert? ja nein nicht immer

13. Verhält sich der/die Patient/in nachts ruhig? ja nein nicht immer

14. Ist der/die Patient/in frei von Selbstmordgedanken? ja nein

15. Besteht bei dem/der Patient/in ein Drang nach draußen? ja nein

16. Ist der/die Patient/in suchtkrank? ja nein

Sollte der/die Patient/in suchtkrank sein, um welche Sucht handelt es sich bei

Ihm/Ihr? _____

17. Bestehen bei dem Patienten körperliche Behinderungen? ja nein

Sollte der/die Patient/in eine körperliche Behinderung aufweisen, um welche Art von Behinderung handelt es sich? _____

Erstellt am:2003	Verteiler:Kunden	Geändert am:17.09.08	Freigegeben am: 17.09.08
Erstellt von: QZ SPH	Revision: 04	Geändert von:	Freigegeben von: Weinert
	Ersetzt Revision: 03	Prozesseigentümer:EL	
F - IV.1.1.4 - 02	Geplante Revision	Aufbewahrungsort: Informationsmappe/QM/QM Handbuch	Seite 1 von 2

Pflegeheim Süplingen
Im Winkel 1a
38373 Süplingen
Tel.: 05355 910900
Fax: 05355/910 90 180

Deutsches Rotes Kreuz

„Ärztlicher Fragebogen“

pflgewohnhaus.sueplingen@drk-kv-he.de

18. Weist der/die Patient/in geistig- seelische Behinderungen auf? ja nein

Sollte der/die Patient/in eine seelische Behinderung aufweisen, um welche Art von Behinderung handelt es sich? _____

19. Leidet der/die Patient/in an ansteckenden Krankheiten (z.B. ansteckende Lungentuberkulose, MRSA, u.a.)? ja nein

Sollte der/die Patient/in an einer ansteckenden Krankheit leiden, handelt es sich um? _____

20. Informationen über die Krankengeschichte oder ggf. Operationen des/ der Patient/in

21. Welche Medikamente sind dem/der Patient/in zurzeit verordnet?

22. Nach welcher Ernährungsform ernährt sich der Patient?

- Normalkost
- Schonkost
- Diät, wenn ja, welche Diät?

Behinderungen bei der Nahrungsaufnahme? _____

23. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

(Ort und Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Erstellt am:2003	Verteiler:Kunden	Geändert am:17.09.08	Freigegeben am: 17.09.08
Erstellt von: QZ SPH	Revision: 04	Geändert von:	Freigegeben von: Weinert
	Ersetzt Revision: 03	Prozesseigentümer:EL	
F - IV.1.1.4 - 02	Geplante Revision	Aufbewahrungsort: Informationsmappe/QM/QM Handbuch	Seite 2 von 2