

Ärztlicher Fragebogen**Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig:**

1. Vor- und Zuname: _____

2. Geburtstag: _____

3. Diagnose: _____

4. Ist der/die Patient/in gehfähig? ja nein5. Ist Treppensteigen möglich? ja nein6. Ist der/die Patient/in bettlägerig? ja nein7. Beherrscht der/die Patient/in seinen Stuhlgang? ja nein8. Beherrscht der/die Patient/in seinen Urinabgang? ja nein

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

- | | |
|--|---|
| <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 |
| <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> beim _____ |

10. Ist der/die Patient/in örtlich orientiert? ja nein nicht immer11. Ist der/die Patient/in zeitlich orientiert? ja nein nicht immer12. Ist der/die Patient/in zur Person orientiert? ja nein nicht immer13. Verhält sich der/die Patient/in nachts ruhig? ja nein nicht immer14. Ist der/die Patient/in frei von Selbstmordgedanken? nein ja15. Besteht bei dem/der Patient/in ein Drang nach draußen? nein ja16. Ist der/die Patient/in suchtkrank? nein ja

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

17. Bestehen bei dem Patienten körperliche Behinderungen? nein ja

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

Erstellt am:2003	Verteiler:Kunden	Überarbeitet am:11.09.2015	Freigegeben am: 11.09.2015
Erstellt von: QZ SPH	Revision: 06	Überarbeitet von: QZ SPH	Freigegeben von: Rosengarten
	Ersetzt Revision: 05	Prozesseigentümer:EL	
F - IV.1.1.4 - 02	Geplante Revision 4. Quartal 2018	Aufbewahrungsort: Informationsmap- pe/QM/QM Handbuch	Seite 1 von 2

Ärztlicher Fragebogen

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

nein ja

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

19. Leidet der/die Patient/in

an einer ansteckenden Lungentuberkulose nein ja

an einer anderen ansteckenden Erkrankung? nein ja

Sollte der/die Patient/in an einer ansteckenden Krankheit leiden, handelt es sich um (ggf. wo befindet sich diese Erkrankung) _____

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	Überarbeitet am:11.09.2015	Freigegeben am: 11.09.2015
Erstellt von: QZ SPH	Revision: 06	Überarbeitet von: QZ SPH	Freigegeben von: Rosengarten
	Ersetzt Revision: 05	Prozesseigentümer:EL	
F - IV.1.1.4 - 02	Geplante Revision 4. Quartal 2018	Aufbewahrungsort: Informationsmap- pe/QM/QM Handbuch	Seite 2 von 2