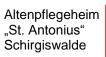
Qualitätsmanagement-Handbuch

## Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung Kurzzeitpflege/Heimaufnahme





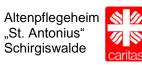
Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

		1			
Vor- und Zuname					
Geburtsdatum					
lst Pat. gehfähig?			ja		nein
Bestehende Kontrakturen	Wo?ICD-Code		Ja/ beschreiben		nein
lst Pat. häufig bettlägerig?			ja		nein
Ständig bettlägerig?			ja		nein
Beherrschung des Stuhlabgang	js?		ja		nein
Beherrschung des Urinabgangs	s?		ja		nein
Fremder Hilfe bedürftig?			beim Essen		beim Waschen
			beim Ankleiden		beim Frisieren/Rasieren
			beim Aufstehen		beim Lagern
			aus dem Bett		zur Nachtruhe
			beim Benutzen		bei
			der Toilette		
Örtlich orientiert?		ja		nein	nicht immer
Zeitlich orientiert?		ja		nein	nicht immer
Nachts ruhig?		ja		nein	nicht immer
Gemütsstimmung?		willig		freundlich	verdrießlich
Gefährliche Eigenschaften?		ja		ja, welche?	)
Suchtkrankheit?		ja			
Ist der Patient gegen Covid-19 wann):	geimpft (wenn ja				
Datum der letzten Tetanusimpfung:					
Ist der Patient frei von ansteckenden Erkrankungen? (auch TBC, MRSA,ESBL)					
Diagnosen/ ICD 10 Code	ion, Lobe)				
					Bitte wenden

Version: 1	erstellt	geprüft / bearbeitet	freigegeben
Datum	02/2022	02/2022	02/2022
durch wen	Von Jagow, M.	von Jagow, M.	Günther, B.

Qualitäts-
management
Handbuch

## Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung Kurzzeitpflege/Heimaufnahme



Aktuelle Medikation/ Medikamentenplan
, den

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Version: 1	erstellt	geprüft / bearbeitet	freigegeben
Datum	02/2022	02/2022	02/2022
durch wen	Von Jagow, M.	von Jagow, M.	Günther, B.