

Name, Vorname des Patienten:		
Geburtsdatum:	Größe:	Gewicht:

Ärztliche Diagnosen:

Ist der Patient frei von ansteckenden / infektiösen Krankheiten gem. § 36 IfSG Abs.4?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (bitte zutreffende ankreuzen)
MRGN / ESBL - Lokalisation	MRSA / VRE - Lokalisation
Clostridium difficile	TBC
Hepatitis B/C	
sonstige:	

Besteht eine Suchtkrankheit?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Sind Allergien bekannt?

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Sind psychische Störungen vorhanden?

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Ist der/die Patient/in bettlägerig

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Liegt ein gestörter Tag/Nachtrhythmus vor?

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja
--------------------------------	-----------------------------

Liegt eine Inkontinenz vor?

<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz
Blasenverweilkatheter, Art:	

Liegen Wunden vor?

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, welche

Erstellung		Prüfung		Freigabe		Dokumentinformation	
Datum	10.08.2020	Datum	11.08.2020	Datum	12.08.2020		
Name	QMB	Name	PDL	Name	M. Hirschfeld	Seite	1 von 2

 Rudolf-Frieling-Haus BETREUUNG UND PFLEGE IM ALTER gGmbH	Qualitätshandbuch	Version 1.0	
	Dokument Ärztlicher Fragebogen		Rudolf Frieling Haus gGmbH Wachbergstraße 6 01326 Dresden

Liegen Orientierungsdefizite vor?

	ja	nein	Erläuterung
Örtlich orientiert?			
Zeitlich orientiert?			
Persönlich orientiert			
Situativ orientiert?			

Ist eine besondere Ernährungsform notwendig?

Unterstützungsbedarf:

	ja	nein	Erläuterung
Mobilität:			
Gehfähigkeit			
Stehfähigkeit			
Aufstehen			
Körperpflege:			
Grundpflege			
An- / Auskleiden			
Ernährung			
Nahrungsaufnahme			
Trinken			

Sonstige Hinweise des Arztes

Bitte einen aktuellen Verordnungs- und/oder Behandlungsplan beilegen!

mitbehandelnde Fachärzte

Name / Anschrift / Telefonnummer	Fachgebiet

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift Arzt

Erstellung		Prüfung		Freigabe		Dokumentinformation	
Datum	10.08.2020	Datum	11.08.2020	Datum	12.08.2020		
Name	QMB	Name	PDL	Name	M. Hirschfeld	Seite	2 von 2