

**Senioren- und Pflegeheim
Haus Alt-Lehel**
 Christophstr. 12, 80538 München
 Tel: 089/452 164 -115 / Fax: 089/452 164 -113

Ärztlicher Fragebogen

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Körpergröße: cm	Körpergewicht: kg	

Pflegerische Hilfe wird benötigt beim:	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der/Die Bewohnerin ist orientiert:	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychischer Zustand:	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Unruhezustände am Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhezustände in der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Betreuungsaufwand ist notwendig, z.B. infolge von Orientierungsstörungen, Fremd-/ Eigengefährdung oder anderen Verhaltensbesonderheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist eine Fixierung erforderlich?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Bettgitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchgurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt eine Inkontinenz vor?:	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bearbeiter/in	Prüfung/Freigabe (GF/QMB)	Version	Ersterstellung	Seite
QMB	EL/QMB	003 2018-03-15	1.05.2005	Seite 1 von 2

Hilfsmittel (z.B. Gehstock, Rollator, Rollstuhl, Wechseldruckmatratze, Sauerstoffgerät):	
Allergien / Medikamentenallergie:	
Körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Suchtkrankheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Ansteckende Krankheiten (auch MRSA)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Ist der/die Bewohner/in frei von TBC? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nachgewiesen durch:	
<input type="checkbox"/> Röntgenbild <input type="checkbox"/> Tuberkulin-Test <input type="checkbox"/> Auswurfuntersuchung <input type="checkbox"/> Sonstige _____	
Ist eine beschützende Unterbringung notwendig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegestufe vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe ____	
Diagnose/n:	
Spezielle Diät:	Diabetes <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -orale Medikation:..... -Insulin, Präparat:.....
Medikamente:	Andere, z.B. Injektionen
Hinweise und Bemerkungen des Arztes	
Für Vermerke des Hauses	
Ort, Datum Unterschrift des Arztes	Stempel

Bearbeiter/in	Prüfung/Freigabe (GF/QMB)	Version	Ersterstellung	Seite
QMB	EL/QMB	003 2018-03-15	1.05.2005	Seite 2 von 2