

**Senioren- und Pflegeheim
Haus Römerschanz**
Dr. - Max -Str. 3 Tel: 089/6418270
82031 Grünwald Fax: 089/64182780

Ärztlicher Fragebogen

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Körpergröße:	Körpergewicht:	

Pflegerische Hilfe wird benötigt beim:	Nein	Im Sinne von pro Woche Gelegentlich	Im Sinne von täglich 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 Bewohner(in) 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"/>
in der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauff Tendenz	<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	QMB	001	01.05.2005	Seite 1

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"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Auswurfuntersuchung		
Empfohlene Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Seniorenheim
		<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
Ist beschützende Unterbringung notwendig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____
Diagnose/n:		
Spezielle Diät:	Diabetes: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in welcher Form?
	<input type="checkbox"/> orale Medikation	
	<input type="checkbox"/> Insulin, Präparat: _____	BE _____
Medikamente:		Andere, z.B. Injektionen
Hinweise und Bemerkungen des Arztes:		
Für Vermerke des Hauses:		
Ort, Datum:	Stempel	
Unterschrift des Arztes:		

Bearbeiter/in	Prüfung/Freigabe (GF/QMB)	Version	Ersterstellung	Seite
QMB	QMB	001	01.05.2005	Seite 3