

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN - vom Hausarzt bzw. Arzt auszufüllen -			
Name:		Geb.Datum:	
Gefähig	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
Bettlägerig	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
Örtliche/ situative Orientierung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
Persönliche Orientierung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
Nächtliche Unruhezustände	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Hinlauftendenzen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> ZEITWEISE
Hilfe wird benötigt bei			
	<input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett		
	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden		
	<input type="checkbox"/> Waschen		
	<input type="checkbox"/> Duschen/ Baden		
	<input type="checkbox"/> Frisieren/ Rasieren		
	<input type="checkbox"/> Toilettengänge		
	<input type="checkbox"/> Lagerung		
	<input type="checkbox"/> Essen und trinken		
	<input type="checkbox"/> Einnehmen von Arzneimittel		
	<input type="checkbox"/> Transfer Rollstuhl/ Stuhl		
	<input type="checkbox"/> Bett richten		
	<input type="checkbox"/> Gehen		
	<input type="checkbox"/> Treppensteigen		
	<input type="checkbox"/> Gebrauch von orthopädischen Hilfsmitteln		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Diagnosen			

BITTE WENDEN

Version	Bearbeitung	Bearbeitungsdatum	Freigabe durch	Freigabe am	Seite
2.1	QMB	31.08.2020	BL	31.08.2020	Seite 1 von 2

Name:	Geb.Datum:
Bestehen Suchterkrankungen? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> → folgend:	
Liegen Multiresistente Erreger vor? nein <input type="checkbox"/>	
ja <input type="checkbox"/> → folgend <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> 3 MRGN/ 4 MRGN <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ Lokalisation: _____	
Liegen Fieber und/ oder Erkältungssymptome vor? Besteht V.a. Covid-19? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
SARS- CoV-2 Test wurde durchgeführt? ja <input type="checkbox"/> ->Anzahl _____ Ergebnis: _____ Datum: _____ nein <input type="checkbox"/>	
Liegen andere meldepflichtige Erkrankungen bzw. Nachweise von Krankheitserreger nach §6 und §7 IfSG vor? (inkl. TBC) ja <input type="checkbox"/> -> welche? _____ nein <input type="checkbox"/>	
Bestehen körperliche Beeinträchtigungen?	
Bestehen kognitive Erkrankungen/ Störungen der geistigen Leistungsfähigkeit?	
Welche Kostform bzw. Diät ist erforderlich?	
<input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> pürierte Kost <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten: _____ <input type="checkbox"/> Diätkost: _____ <input type="checkbox"/> Sondennahrung (PEG, PEJ) <input type="checkbox"/> Zusatznahrung: _____	
Welche Behandlungspflegemaßnahmen sind erforderlich?	
Welche Arzneimittel werden regelmäßig eingenommen?	
Bemerkungen/ sonstige wichtige Hinweise?	
Datum:	Stempel/ Unterschrift behandelnder Arzt

Tel.Nr: 06204/96830

Fax Nr. 06204/9683-33

Version	Bearbeitung	Bearbeitungsdatum	Freigabe durch	Freigabe am	Seite
2.1	QMB	31.08.2020	BL	31.08.2020	Seite 2 von 2