



Qualitätsmanagementhandbuch

B.1.3. Ärztlicher Fragebogen

Pflegewohnpark Haus Weißensee GmbH & Co.KG

Promenade 2 99631 Weißensee

Telefon: 036374 3601-0 Telefax: 036374 3601-11

Email: info@pflgewohnpark-weissensee.de www: <https://www.pflgewohnpark-weissensee.de>

Name:.....Vorname:.....Geb.:.....

Selbstständigkeit (bitte zutreffendes ankreuzen)	Selbstständigkeitsstufen				Fähigkeit ist (bitte zutreffendes ankreuzen)	Fähigkeitsstufen			
	selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	unselbstständig		Vorhanden unbeeinträchtigt	Größtenteils vorhanden	Im geringen Maße vorhanden	Nicht vorhanden
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Örtliche Orientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zeitliche Orientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzen einer Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erinnern an wesentliche Ereignisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einsatz von Inkontinenzmaterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstehen von Sachverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Positionswechsel im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umsetzen in Stuhl oder Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mitteilen von Bedürfnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundgesundheit/ Zahnersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Bekannte Diagnosen:

.....
.....
.....
.....
.....

Allergien/ Unverträglichkeiten:

.....
.....

Weglauff tendenz/Unruhe nachts: geschlossene Unterbringung: Sturzgefährdung: Suizidgefährdung:

<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nein

Suchtkrankheit Ja Nein

wenn ja, welche:

körperlich, geistig oder seelische Behinderung: Ja Nein

wenn ja, welche:

Dekubitus:

Nein Ja Grad..... Lokalisation:



Qualitätsmanagementhandbuch

B.1.3. Ärztlicher Fragebogen

Pflege Wohnpark Haus Weißensee GmbH & Co. KG

Promenade 2 99631 Weißensee

Telefon: 036374 3601-0 Telefax: 036374 3601-11

Email: info@pflegewohnpark-weissensee.de www: <https://www.pflegewohnpark-weissensee.de>

Name: **Vorname:** **Geb.:**

Patient ist lt. IfSG § 7 und § 35 untersucht worden und ist frei von ansteckenden Infektionserkrankungen.

Ja Nein **MRE** Ja Nein **COVID-19** (inkl. Verdacht) JA Nein

Nein, welche

Ärztliche Bestätigung Anhaltspunkte **Lungentuberkulose** gem. IfSG § 35Abs.5 Ja Nein

Hinweis: die Untersuchung zum Nachweis darf nicht länger als 4 Wochen vor dem Einzugsdatum liegen

Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Medikament bei Bedarf mit Angabe der Indikation	Maximale Dosis in 24 Stunden			
Injektionen / Infusionen/ äVO	Dosierung			

Datum: Unterschrift-Arzt/ Stempel- Praxis:.....