



Ev. Altenheim Wahlscheid

**Qualitätsmanagement
Handbuch**
Ev. Altenheim Wahlscheid e.V.
- Verein für Diakonie -



Ev. Altenheim Lohmar

Geltungsbereich: **Pflege, Verwaltung**

Kapitel: K. Kundenbezogene Prozesse

F 1.3.6 Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Ist die PatientIn zeitlich orientiert?				
örtlich orientiert?				
persönlich orientiert?				
situativ orientiert?				
Treten nachts Unruhezustände auf?				
Isst die PatientIn selbstständig?				
Trinkt die PatientIn selbstständig?				
Ist die PatientIn bettlägerig?				
Ist die PatientIn mobil?				
Liegt eine Stuhlinkontinenz vor?				
Liegt eine Harninkontinenz vor?				

Falls vorliegend, welche Form der Inkontinenz?

Stressinkontinenz		Dranginkontinenz		Reflexinkontinenz	
Überlaufinkontinenz		Extraurethrale Inkontinenz			

Bereits aufgetretene oder aktuell vorliegende gesundheitliche Risiken	Thrombose		Sturz		Dehydratation	
	Dekubitus		Obstipation		Fehlernährung	
	Pneumonie		Kontrakturen		Harnwegsinfekt	
	Intertrigo		Schmerzen		Soor/Parotitis	

Wie ist die Gemütsstimmung/die seelische Verfassung?

Liegen psychische Störungen vor? (Wenn ja, welcher Art?)

Besteht eine Sucht-Krankheit? (Wenn ja, welche?)

Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welcher Art?)



Bestehen ansteckende Krankheiten (TBC/ Infektionen durch multiresistente Erreger/ Hepatitis etc.)? (Bitte genau bezeichnen!)

Immunisierungsstatus Covid-19

Daten der Impfungen: _____

Ärztliche Kontraindikation gegen Impfung? ja nein

Freigabe: Baumann	BearbeiterIn: M.He / OD / Schle / B / Sauer	Version: 5	Geprüft: Saueremann	Datum: 15.12.2021	Seite: 1 von 2
----------------------	--	---------------	------------------------	----------------------	-------------------

 <p>Ev. Altenheim Wahlscheid</p>	<p align="center">Qualitätsmanagement Handbuch Ev. Altenheim Wahlscheid e.V. - Verein für Diakonie -</p>	 <p align="center">Ev. Altenheim Lohmar</p>
Geltungsbereich: Pflege, Verwaltung		
Kapitel: K. Kundenbezogene Prozesse		
F 1.3.6 Ärztlicher Fragebogen		
	Z.n. Covid-19? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Datum der Infektion: _____	
Liegen chronische Wunden vor? (Wenn ja, wo und welcher Art?)		
Unverträglichkeiten/ Allergien? (Wenn ja, welcher Art?)		
Benötigt Diät-/Schonkost? (Wenn ja, welcher Art?)		
Diagnosen:		
Bitte jeweils Datum der Erstdiagnose angeben		
Medikation:		
Behandlungspflegen: (z.B. Verbände, Infusionen, Injektionen, Messung von Körperzuständen, Katheter)		
Sind individuelle Schwellwerte der Vitaldaten zu beachten? (Wenn ja, welche und wie?)		
Ständige Behandlung durch FachärztIn? (Wenn ja, durch welche?)		
Hinweise, Bemerkungen:		

Datum: _____

Unterschrift und Stempel ÄrztIn

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formblatt an:

Ev. Altenheim Wahlscheid, Heiligenstock 27, 53797 Lohmar, Fax: 02206/6645

Ev. Altenheim Lohmar, Hermann-Löns-Str. 2, 53797 Lohmar, Fax: 02246/30372299

Freigabe: Baumann	BearbeiterIn: M.He / OD / Schle / B / Sauer	Version: 5	Geprüft: Sauermann	Datum: 15.12.2021	Seite: 2 von 2
----------------------	--	---------------	-----------------------	----------------------	-------------------