



Ev. Altenheim Wahlscheid

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



Ev. Altenheim Lohmar

Geltungsbereich: **Pflege, Verwaltung**

Kapitel: K. Kundenbezogene Prozesse

K F 1.3.2.2 Ärztlicher Fragebogen

Der ärztliche Fragebogen ist an den Hausarzt weiterzuleiten und von diesem auszufüllen.

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!)

 <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		
K F 1.3.2.2 Ärztlicher Fragebogen		
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: Sauermann	BearbeiterIn: QB's / B / Sauer	Version: 6	Geprüft: Baumann	Datum: 09.01.2024	Seite: 2 von 2
------------------------	-----------------------------------	---------------	---------------------	----------------------	-------------------