

<b>QM-Handbuch H [0]</b>	Haus Magdalenum Seniorenheim GmbH, Elsendorf/Siegenburg	
<b>3.01.01_E7    Ärztlicher Fragebogen</b>		

Haus Magdalenum Seniorenheim  
Mühlstr. 33  
93354 Siegenburg  
Tel. 09444 – 9771 - 0  
Fax: 09444 – 97971- 71

Haus Magdalenum Fachpflegeheim  
Am Schulberg 4a  
84094 Elsendorf  
Tel. 08753 – 967303 – 0  
Fax: 08753 – 967303- 599

**1. Personalien**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ geb.am \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

**2. Benötigt der/die Patientin Hilfe beim**

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Bemerkung
Gehen					_____
Treppensteigen					_____
Essen					_____
Waschen					_____
Ankleiden					_____
Auskleiden					_____
Frisieren/Rasieren					_____
Aufstehen					_____
Zu Bett gehen					_____
Benutzen der Toilette					_____

**3. Ist der/die Patient/in**

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Bermerkung
Zeitlich orientiert					_____
Örtlich orientiert					_____
Persönlich orientiert					_____
Situativ orientiert					_____
Bettlägerig					_____
Harninkontinent					_____
Stuhlinkontinent					_____

**4. Treten nachts Unruhezustände auf**

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Bermerkung
					_____

**5. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?

---

---

7. Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?

---

---

---

8. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?

---

---

---

9. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC nach §48 a Bundesseuchengesetz (bitte genau bezeichnen)?

---

---

---

10. Diagnosen

---

---

---

---

---

11. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

12. Ist Diät/Schonkost erforderlich ( wenn ja, welcher Art)?

---

---

---

13. Hinweise, Bemerkungen ( z.B. Weglauftendenz)

---

---

---

14. Ist eine beschützende Unterbringung erforderlich?

---

---

---

15. Gibt es Besonderheiten, die in der Pflege und Betreuung beachtet werden sollen ?

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

Alle Angaben werden vertraulich behandelt!

	erstellt	geändert/R.-Stand	geprüft	freigegeben	gültig ab
Datum:	02.06.03	19.03.2008 (2)	28.03.2008	01.04.2008	01.04.2008
Unterschrift/Name	GF/HL	GF/HL	QB	GF/HL	GF/HL