


Version	Qualitätsmanagement-Handbuch Morian-Stiftung e.V.	
	Ärztlicher Fragebogen	Seite 1 von 2

## Ärztlicher Fragebogen

(vom zuletzt behandelnden Haus- oder Krankenhausarzt auszufüllen)

Herrn / Frau: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_  
(PLZ , Ort, Str. u. Haus-Nr., Tel.-Nr.)

### I. Gesundheitszustand

1. Körpergewicht ca. \_\_\_\_\_ kg Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

2. Welche Hilfsmittel (z.B. Herzschrittmacher, Colostomiebeutel, Rollstuhl, Tracheostoma) werden zur Zeit benötigt: \_\_\_\_\_

3. Erforderliche Sonderkost (z.B. Diät, Sondenernährung)

**Indikationsdiagnose :** \_\_\_\_\_

4. Ist eine laufende medikamentöse Behandlung erforderlich?  ja  nein

**Wenn ja, bitte aktuelle Medikamentenverordnung abgestempelt und unterschrieben beifügen!**

5. Ist eine Antikoagulantientherapie erforderlich?  ja  nein

**Wenn ja, letzter Quickwert \_\_\_\_\_ nächster Kontrolltermin \_\_\_\_\_  
Aktuelle Dosierung \_\_\_\_\_**

6. Insulinpflichtiger Diabetiker  ja  nein


**Wenn ja, bitte aktuelle Dosierung bzw. Plan abgestempelt und unterschrieben beifügen!**

7. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (Lungentuberkulose s. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz IfSG)

ja  nein \_\_\_\_\_

8. Ist der Patient frei von sonstigen ansteckenden Erkrankungen?  ja  nein

Erstellt/Bearbeitet: PDL	Geprüft: PDL/WBL`S	Freigegeben: EL
Unterschrift: S. Musiol	Unterschrift: S.Musiol	Unterschrift: K. Weigelt
Datum: 30.05.2016	Datum: 31.05.2016	Datum: 29.09.2016
Evaluieren: 30.05.2018		

Version	Qualitätsmanagement-Handbuch Morian-Stiftung e.V.	
	Ärztlicher Fragebogen	Seite 2 von 2

9. Besteht ein Dekubitus ?  ja  nein

Wenn ja, seit wann, Lokalisation und Größe ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Besteht ein Alkoholabusus?  ja  nein

11. Besteht ein Medikamentenabusus?  ja  nein

## II. Zusätzliche Angaben

1. Diagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Körperlicher / psychischer Zustand (z.B. Motorik, nächtl. Unruhe, Orientierung):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Gibt es Allergien / Unverträglichkeiten?  ja  nein

Wenn ja welche \_\_\_\_\_

4. Liegt eine Stuhl- / Urininkontinenz vor?  ja  nein

(Wenn ja bitte Inkontinenzbescheinigung beilegen)

5. Werden sie dem Bewohner bei Aufnahme weiter betreuen  ja  nein

6. Fachärztliche Betreuung notwendig?  ja  nein

Wenn ja welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

Erstellt/Bearbeitet: PDL	Geprüft: PDL/WBL`S	Freigegeben: EL
Unterschrift: S. Musiol	Unterschrift: S. Musiol	Unterschrift: K. Weigelt
Datum: 30.05.2016	Datum: 31.05.2016	Datum: 29.09.2016
Evaluieren: 30.05.2018		