

Revisionstand:  Version 0	<b>QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH</b>		 Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Baden-Württemberg e.V.
	Einrichtung:	RV Mittelbaden	
	Geltungsbereich	Vollstationäre Pflege	
<b>Ärztlicher Fragebogen</b>			Seite 1 von 2

**ASB- „Erika-Zürcher-Heim“, Mühlstraße 34, 77974 Meißenheim**

## 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)  
\_\_\_\_\_

4. Ist eine laufende medikamentöse Behandlung erforderlich?  ja  nein  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Ist der Patient frei von Lungentuberkulose (s. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz IfSG)  
 ja  nein

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

7. Allergien:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Hepatitis?  ja  nein

Typ: \_\_\_\_\_

9. MRSA/ ORSA ?  ja  nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

10. HIV ?  ja  nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Erstellt/ Bearbeitet:	Geprüft	Freigegeben
Leitungsteam	QM-Steuergruppe	Scholder
30.05.12	31.05.2012	01.06.2012

Revisionstand:  <b>Version 0</b>	<b>QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH</b>		 Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Baden-Württemberg e.V.
	Einrichtung:	RV Mittelbaden	
	Geltungsbereich	Vollstationäre Pflege	
<b>Arztlicher Fragebogen</b>			Seite 2 von 2

11. Medikamente:

---



---

12. Besteht ein Dekubitus ?  ja  nein

Wenn ja, seit wann, wo und welche Größe ? \_\_\_\_\_

13 .Besteht ein Alkoholabusus?  ja  nein

14. Besteht ein Medikamentenabusus?  ja  nein

**II. Zusätzliche Angaben**

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

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

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

5. Fachärztliche Betreuung notwendig?  ja  nein

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

6. Behandeln Sie den o.g. Patienten nach erfolgtem Heimeinzug weiter?

ja  nein

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

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

Erstellt/ Bearbeitet:	Geprüft	Freigegeben
Leitungsteam	QM-Steuergruppe	Scholder
30.05.12	31.05.2012	01.06.2012