



Qualitätsmanagement Handbuch

Geltungsbereich:
Pflege

Ärztlicher Fragebogen (D.2)

Auszufüllen von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt

Einzug freigegeben

Datum: _____

Unterschrift _____

PDL: _____

1. Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

2. Krankenkasse: _____

3. Diagnosen:

4. Verordnete Medikamente: _____

5. Sonstige Verordnungen:

6. Bestehen oder bestanden ansteckende Infektionskrankheiten, z.B. MRSA, MRE, Hepatitis, Scabies, sonstige Erkrankungen oder **CORONA-VIRUS** oder **Symptome eines CORONA-VIRUS**

nein ja/welche und wann? _____

7. Liegt eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane vor?

nein ja letzte Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am: _____

8. Besteht eine Suchtkrankheit?

nein ja/welche? _____

9. Sind Allergien bekannt?

nein ja/welche? _____

10. Ist die Patientin/der Patient

zeitlich orientiert? ja nein gelegentlich

örtlich orientiert? ja nein gelegentlich

zur Person orientiert? ja nein gelegentlich

11. Mobilität

Patient/in ist mobil mit Hilfsmittel mobil bettlägerig

Einschränkung durch: Versteifung Lähmung Amputation

Wo? _____

12. Ist der/die Patient/in sturzgefährdet? ja nein

Empfehlen Sie die Teilnahme der Patientin/des Patienten an Kraft- und Balancetraining im Rahmen der Sturzprophylaxe? ja nein

Bearbeitet von	Prüfung	Freigabe	Änderungsstatus	Datum	Seite
Qualitätszirkel	U. Heller	A. Finger	5	19.09.2019	1 von 2



Qualitätsmanagement Handbuch

Geltungsbereich:
Pflege

Ärztlicher Fragebogen (D.2)

13. Wunden

Bestehen bei der Patientin/dem Patienten zurzeit Wunden? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Wundbehandlung?: _____

Besteht bei der Patientin/dem Patienten zurzeit ein Dekubitus? ja nein

Wenn ja, wo? _____ Grad: _____

Wundbehandlung?: _____

14. Ernährung

normale Kost Schonkost/welche? _____

passierte Kost

PEG-Sonde: welche Sondennahrung? _____

Liegt eine Schluckstörung vor? ja nein

15. Ausscheidung

Harninkontinenz: ja nein Stuhlinkontinenz: ja nein

16. Schmerz

Leidet der/die Patient/in an akuten Schmerzen? ja nein

Leidet der/die Patient/in unter chronischen Schmerzen? ja nein

Aktuelle Schmerzbehandlung? _____

17. Liegt eine Weglaufgefährdung vor? ja nein

18. Zeigt der/die Patient/in herausforderndes Verhalten?

ja nein gelegentlich

Wie äußert sich dies? _____

19. Treten Unruhezustände auf? ja nein gelegentlich

20. Hat der/die Patient/in Schlafstörungen? ja nein gelegentlich

21. Wie ist die Gemütslage/die seelische Verfassung?

22. Liegt eine Bedürftigkeit zur Aufnahme in eine vollstationäre Einrichtung vor? ja nein

23. Arzt/Ärztin

Vor- und Zuname: _____

Straße, Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____ Telefax: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift, ggf. Stempel: _____

Hinweis zum Datenschutz:

Die erhobenen personenbezogenen Daten dienen zur Abklärung und Planung des pflegerischen Bedarfs und werden bei Aufnahme des Patienten/ der Patientin elektronisch erfasst und gemäß den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und genutzt.

Bearbeitet von	Prüfung	Freigabe	Änderungsstatus	Datum	Seite
Qualitätszirkel	U. Heller	A. Finger	5	19.09.2019	2 von 2