
 Geraer Heimbetriebsgesellschaft mbH Kahlaer Straße 20, 07549 Gera Tel.: 0365 – 73 45 510/ Fax: 0365 – 73 45 555	Qualitätsmanagement- handbuch Seniorenpflegeheime Geraer Heimbetriebsgesellschaft mbH	Datum Erstellung 22.07.2009	Status Änderung 6.0	Seite 1 von 2
		Schwerpunkt: Dienstleistungsrealisierung	Ärztlicher Fragebogen (anlässlich der Aufnahme zur vollstationären/ Kurzzeitpflege)	Geltungsbereich BHB-SPH

Stempel der Einrichtung

Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung in einem geschlossenen Umschlag an die nebenstehende Adresse.

Name	Vorname (<i>Rufname unterstreichen</i>)	geb. am:
Größe (in cm)	Gewicht (in kg)	
Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist der Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist der Patient ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> IKM	
Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> IKM <input type="checkbox"/> Katheter	
Wird fremde Hilfe benötigt beim ...	<input type="checkbox"/> Essen <input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Ankleiden <input type="checkbox"/> Frisieren/ Rasieren <input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette	
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer	
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer	
Werden Personen erkannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer	
Unruhe während der Nacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer	
Auffälligkeiten bei Gemütsstimmungen und Verhalten	<input type="checkbox"/> ja (welche) <input type="checkbox"/> nein	
Suchterkrankungen (Alkohol, Tabletten, Rauschmittel)	<input type="checkbox"/> ja (welche) <input type="checkbox"/> nein	
Alkoholdemenz – Korsakow-Syndrom ö.ä.,	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körperliche Behinderungen	<input type="checkbox"/> ja (welche) <input type="checkbox"/> nein	
geistig-seelische Behinderungen oder Störungen	<input type="checkbox"/> ja (welche) <input type="checkbox"/> nein	
Einschränkung des Hörvermögens?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Hörgeräteträger	

Erstellt von	Erstellt am	Geändert von	Geändert am	Freigabe von	Freigabe am
QMB	22.07.2009	QMB	06.10.2025	PDL	06.10.2025

 Geraer Heimbetriebsgesellschaft mbH Kahlaer Straße 20, 07549 Gera Tel.: 0365 – 73 45 510/ Fax: 0365 – 73 45 555	Qualitätsmanagement- handbuch Seniorenpflegeheime Geraer Heimbetriebsgesellschaft mbH	Datum Erstellung 22.07.2009	Status Änderung 6.0	Seite 2 von 2
		Schwerpunkt: Dienstleistungsrealisierung	Ärztlicher Fragebogen (anlässlich der Aufnahme zur vollstationären/ Kurzzeitpflege)	Geltungsbereich BHB-SPH

Einschränkung des Sehvermögens?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Brillenträger
--	-----------------------------	--

Ist Sonderkost erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
An Hilfsmitteln werden z.Z. genutzt? (Rollstuhl, Aufstehhilfen, Lifter, u.ä.)		
Besteht ein Dekubitus?	<input type="checkbox"/> ja (Ort, Größe)	<input type="checkbox"/> nein
Diagnose nach ICD-10 (Notwendigkeit der Heimaufnahme?)		
Aktuelle Medikamenteneinstellung		
Ist fachärztliche Betreuung notwendig?	<input type="checkbox"/> ja (welche)	<input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? (auch TBC, MRSA, COVID-19)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (welche)
Behandeln Sie den o.g. Patienten nach erfolgtem Heimeinzug weiter?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort: Stempel/ Unterschrift des Arztes
Datum:	

Erstellt von	Erstellt am	Geändert von	Geändert am	Freigabe von	Freigabe am
QMB	22.07.2009	QMB	06.10.2025	PDL	06.10.2025