Deutschordens-Wohnstift Konrad Adenauer gGmbH

QualitätsManagementHandbuch Bewohneraufnahme

Ärztlicher Fragebogen



Ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung im Deutschordens-Wohnstift für Herrn/Frau geb. am Körperliche und psychische Krankheiten und Behinderungen Diagnosen und Befunde Resultierende Einschränkungen Bestehen ansteckende Krankheiten? Wenn ja, welche? Ja Nein Besteht eine Sucht-Krankheit? Wenn ja, welche? Ja Nein Besteht die Notwendigkeit von Behandlungspflege? Verbandswechsel Nein Ja mal/täglich Dekubitusversorgung Nein Ja x mal/täglich x mal/täglich Katheterwechsel/-pflege Nein Ja Injektionen/Infusionen Nein mal/täglich Ja prophylaktische Maßnahmen Nein Ja mal/täglich Medikamentenversorgung x mal/täglich Nein Ja Nein mal/täglich andere Leistungen Ja

Deutschordens-Wohnstift Konrad Adenauer gGmbH

QualitätsManagementHandbuch Bewohneraufnahme



Ärztlicher Fragebogen

| Besteht die Notwendigkeit zur Hilfe bei der Grundpflege und Betreuung | | | | | | |
|---|------|---------|---------------|---------|--------|---------|
| | Nein | | Ja | | | Welche? |
| Mobilität | Nein | | Ja | | | |
| Körperpflege | Nein | | Ja | | | |
| Ernährung | Nein | | Ja | | | |
| Ausscheidung | Nein | | Ja | | | |
| Hauswirtschaft | Nein | | Ja | | | |
| Betreuung | Nein | | Ja | | | |
| Orientierung | Nein | | Ja | | | |
| Medikament | 0 | morgens | mittags | abends | nachts | 1 |
| wednament | - | morgens | mittags | abendo | nacins | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Besondere Kostformen notwendig? Nein Ja welche? Wie begründen Sie die Heimbedürftigkeit vom ärztlichen Standpunkt aus? | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Ort, Datum | | | Unterschrift/ | Stempel | - | |