



<b>QM – Handbuch</b> <b>Gesamte Einrichtung</b> <b>Mitgeltende Dokumente</b>	<b>ärztlicher Fragebogen</b> <b>zur Heimaufnahme</b>	<b>QMH-GE-MD-10 / F4</b>
--	---	--------------------------

<b>Vor- und Zuname:</b>						geboren:		
<b>Adresse:</b>	Ort:						Telefon:	
	Straße:							
<b>derzeitiger Aufenthalt:</b>	Ort:						Einrichtung:	
	Straße:						Telefon:	
<b>Krankenkasse:</b>						Versicherungsnummer:		
<b>Angaben zum Versicherten:</b>	<b>Mobilität</b>	gefähig	sitzen	bettlägerig	Treppen steigen			
	ja							
	nein							
	<b>Orientierung</b>	örtlich	zeitlich	situativ	zur Person	Unruhezustände, wann		
	ja							
	nein							
	zeitweise							
	<b>Hilfebedarf</b>	Waschen	Essen	Kleiden	Toilettengang	Aufstehen/Gehen/Lagern/Gehhilfen		
	ja							
	nein							
	zeitweise							
	<b>Medikation:</b> (Bedarfsmedikation mit genauer Indikation)							
<b>Diagnosen:</b> (mit ICD-Code)								
<b>Impfschutz:</b> (z.B. Tetanus)								
<b>Infektionskrankheiten?</b> (z.B. Tbc, Hepatitis)						<b>letzter Tbc-Test:</b>		
<b>Hinweise:</b>								

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Datum der Erstellung am: 28.03.2013	Freigegeben am: 18.04.2013	Geändert am:	Änderungsstand:
Erstellt durch HL	Freigegeben durch GF	Geändert durch:	Seite 1 von 1