



G Verträge

1 Vorvertragliche Informationen



Seniorenzentrum
Kiblegg

G 1.16 Ärztlicher Fragebogen

Tel: 07529/ 97420

Fax 07529/ 974222

Sehr geehrter Hausarzt,

für eine reibungslose Überleitung in unsere Einrichtung und eine nahtlose Weiterversorgung wären folgende Unterlagen und Informationen für uns sehr hilfreich.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ist/hat der Patient....

- Mobil ja nein
- Weglauff Tendenz ja nein
- Nächtliche Unruhe ja nein
- Inkontinenz ja nein
- Dauerkatheter ja nein wenn ja, welche Größe? _____
- Allergien ja nein wenn ja, welche? _____
- Ansteckende Erkrankungen ja nein wenn ja, welche? _____
- Suchtkrankheit ja nein wenn ja, welche? _____
- Schmerzen ja nein Betäubungsmittel ja nein
- Wunden ja nein wenn ja, Wundort: _____
- Sturzgefährdung ja nein Wundbehandlung: _____
- Kachexie ja nein Adipositas ja nein
- Starker Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten (ca. 5 kg) ja nein
- Kostform: _____ tägliche Trinkmenge: _____

Anordnung von Kontrollen: Gewicht wöchentlich monatlich _____
 Blutdruck wöchentlich monatlich _____
 Blutzucker nach Plan monatlich _____

Bitte senden Sie uns zusätzlich:

Eine Übersicht der ärztlichen Anordnungen, Diagnosen und den aktuellen Medikamentenplan, Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ort _____

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Version	Seite
ZQM	QB/Walker	22.07.2022	1.0	1 von 1