

Name, Vorname des Bewohners:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

der Bogen wurde ausgefüllt von:

Feststellung des Arztes über Art, Umfang und Auswirkungen der Einschränkungen:

Befund:			
Funktionelle Einschränkungen:			
Im körperlichen Bereich:			
Im geistig seelischen Bereich (z. B. depressiv, aggressiv, usw.):			
Vorschlag für sonstige Maßnahmen / Hilfsmittel:			
Begonnene Therapien:			
Art	Ziel	Beginn	Stand
Physiotherapie			
Ergotherapie			
Logopädie			

Version:
vorläufig

Datum:
29.06.2018

Erstellt:
ZQM

Freigegeben:
GF QM

Seite:
1 von 3

Weitere Therapien:					
Art	Ziel	Beginn	Stand		
Aktuelle Medikation:					
Medikament	Dosierung				
	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf
Besonderheiten bei der Medikamentengabe bzw. -einnahme:					
Vorliegen besonderer Krankheiten:					
<input type="checkbox"/>	Allergie			<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/>	Diabetes, Typ:			<input type="checkbox"/>	AICD
<input type="checkbox"/>	HIV			nächster Kontrolltermin:	
<input type="checkbox"/>	MRSA			<input type="checkbox"/>	Implantate
<input type="checkbox"/>	Hepatitis	A	B	C	Ort:
<input type="checkbox"/>	Hautdefekte			<input type="checkbox"/>	Kriegsverletzungen
Ort:				Ort:	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:				

Ausführen ärztlicher Verordnungen:	
Hilfebedarf beim/bei der:	Frequenz:
Wundversorgung:	

Sonstiger Behandlungspflege:	

Es wird bescheinigt, das es keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose gemäß § 36 Abs. 4 IFSG gibt.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
--	-----------------------------	-------------------------------	--

Sonstiges

Datum	Unterschrift / Stempel des Arztes
--------------	--