


<b>AWO Soziale Dienste Rudolstadt gGmbH Pflegeheim Königsee</b> Dr.-Dinkler-Allee 6 07426 Königsee Fax 036738 65-011	<b>QM - Formular</b> Ärztlicher Fragebogen - Org. Verw. 02		
	Struktur-Nr. III-02	Revision: 2.1 Stand: 01.02.12	

.....  
**Name, Vorname des Bewohners**

.....  
**geboren am**

**1. Gründe für Heimaufnahme**

.....  
 .....

**2. Diagnosen**

.....  
 .....

**3. Aktuelle Medikamente**

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

**4. Besondere Erkrankungen**

- Allergie   
  Herzschrittmacher   
  Diabetes   
  Kriegsverletzungen  
 Aids   
  Implantate   
  Hepatitis   
  Hautdefekte  
 Lungentuberkulose   
  .....   
  .....  
 Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten

Bemerkungen:

.....  
 .....

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Erstellt BearbeiterIn / Datum	Geprüft QMB/ Datum	freigegeben EL/PDL Datum	Seite
Rau / Hirt – 23.03.05	M.Schulz, QMB 18.01.12	01.02.2012 Ullrich, EL	1 von 1