

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

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 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Weglauff Tendenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Nächtliche Unruhe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Inkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche Größe? _____ | |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche? _____ | |
| Ansteckende Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche? _____ | |
| Suchtkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche? _____ | |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Betäubungsmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Wunden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, Wundort: _____
Wundbehandlung: _____ | |
| Sturzgefährdung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Kachexie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Adipositas Gewicht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitte Gewichtsangabe _____ | |
| Starker Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten (ca. 5 kg) | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Kostform: _____ | | | tägliche Trinkmenge: _____ | |
| Anordnung von Kontrollen: | Gewicht | <input type="checkbox"/> wöchentlich | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> _____ |
| | Blutdruck | <input type="checkbox"/> wöchentlich | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> _____ |
| | Blutzucker | <input type="checkbox"/> nach Plan | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> _____ |

Bitte lassen Sie uns eine **Übersicht der ärztlichen Anordnungen** und **Diagnosen** zukommen.
Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes