

F Aufbau- und Ablauforganisation**1.1.3 Ärztlicher Fragebogen**

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	
Weglauffähigkeit	<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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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
	Blutdruck	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich
	Blutzucker	<input type="checkbox"/> nach Plan	<input type="checkbox"/> monatlich

Bitte senden Sie uns eine:

Eine Übersicht der ärztlichen Anordnungen, Diagnosen und den aktuellen Medikamentenplan

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ort _____

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	QB	2	22.04.2020	Seite 1 von 1