

## F Aufbau- und Ablauforganisation

### 1.1.3 Ärztlicher Fragebogen



Tel: 07950/80037-0  
Fax 07950/80037-10

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		
Weglauftendenz	<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 Blutdruck Blutzucker	<input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> nach Plan	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

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
Christa Kiebler	Miriam Walker	2	06.02.2017	Seite 1 von 1