

**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	
Weglaftendenz	<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 <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 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