

**F Aufbau- und Ablauforganisation**



**1.1.3 Ärztlicher Fragebogen**

91589 Aurach  
 Lavendelweg 1  
 Tel: 09804 939 88 - 0  
 Fax: 09804 939 88 - 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  ja  nein **bitte aktuellen Medikamentenplan beifügen**
- Weglauff Tendenz  ja  nein
- Nächtliche Unruhe  ja  nein
- Inkontinenz  ja  nein
- Dauerkatheter  ja  nein wenn ja, welche Größe? \_\_\_\_\_
- Allergien  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Ansteckende Erkrankungen  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Suchtkrankheit  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Schmerzen  ja  nein Betäubungsmittel  ja  nein
- Wunden  ja  nein wenn ja, Wundort: \_\_\_\_\_  
 Wundbehandlung: \_\_\_\_\_
- Sturzgefährdung  ja  nein
- Kachexie  ja  nein Adipositas  ja  nein
- Starker Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten (ca. 5 kg)  ja  nein

Kostform: \_\_\_\_\_

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 beifügen**

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	Elvira Peters	3	03.07.2017	Seite 1 von 1