

St. - Albertus - Magnus - Haus
Karmeliterstr. 3a
53229 Bonn

Haus Elisabeth
Gudenauer Weg 140
53127 Bonn

Wilhelmine - Lübke - Haus
Am Wesselpütz 2
53123 Bonn

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ m

Besteht das Risiko der Mangelernährung? Nein Ja

Besteht eine Schluckstörung? Nein Ja Logopäde: _____

Besteht der Bedarf einer künstlichen Ernährung? Nein Ja Anordnung: _____

Besteht ein Sturzrisiko? Nein Ja Physiotherapeut _____

Hat der Patient ansteckende Krankheiten / Tbc, HIV ...? Nein Ja Welche / Lokalisation: _____

Besteht eine MRE / MRGN-Infektion? Nein Ja Welche / Lokalisation: _____

Besteht eine eingeschränkte Alltagskompetenz gem. §45a SGB XI? Nein Ja

Liegen Suchterkrankungen vor (Alkohol, Tabletten, andere Drogen)? Nein Ja Welche: _____

Teilnahme an einem Substitutionsprogramm? Nein Ja

Sind psychiatrische Erkrankungen bekannt? Nein Ja Welche: _____

Allergien / Unverträglichkeiten?: Nein Ja Welche: _____

Besteht ein Kontrakturrisiko? Nein Ja Lokalisation: _____

Bestehen Kontrakturen? Nein Ja Lokalisation: _____

Besteht ein Dekubitusrisiko? Nein Ja Lokalisation: _____

Bestehen Wunden /Dekubitus? Nein Ja Lokalisation: _____

Besteht ein Thromboserisiko? Nein Ja

Besteht eine Schmerzproblematik? Nein Ja Akut / Chronisch

Liegt eine Inkontinenz vor? Nein Ja Ursache

Liegt eine Patientenverfügung vor? Nein Ja

Diagnosen (gerne auch auf einem ausgedruckten eigenen Formular)

Fachärzte:

Besonderer medizinischer Bedarf (Marcumar, Herzschrittmacher, BTM)

Besonderes Verhalten/Gewohnheiten (Unruhe, Wahn, Schlafumkehr, Hinlauftendenz)

Übernehmen sie die Behandlung im Haus: Ja Nein

Wenn sie die Behandlung nicht übernehmen, würden wir sie bitten, dem Patienten alle notwendigen Unterlagen für den neuen Hausarzt mitzugeben, oder diese weiter zu leiten.

Liegt ein aktueller Medikamentenplan vor: Ja Nein

Wir benötigen einen aktuellen Behandlungsplan. Dieser muss auch, soweit notwendig, die Bedarfsmedikation und alle Anordnungen zur Wundbehandlung, Sondennahrung, Kompressionstrümpfen oder Flüssigkeitsbedarf enthalten.

Liegen die aktuellen Medikamente ausreichend vor: Ja Nein

Bitte rezeptieren sie ausreichend fehlende Medikamente, Hilfsmittel oder Anwendungen vor dem Einzug.

Datum / Unterschrift / Stempel des Arztes