

**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