

Heimaufnahmebogen

Checkliste

Kürzel MFA:

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Patient/in-Nr.:

Nächste geplante Visite durch VERAH/Arzt/in am:

1. Biographie und Angehörige

Früherer Beruf: Wo gelebt:

Familie, Kinder / verantwortlicher Ansprechpartner:

Name	Beziehung zu Patient/in	Telefon und E-Mail-Adresse
.....		
.....		
.....		
.....		

2. Vollmachten und Verwaltungsdaten

Betreuungsvollmacht: ja, vorhanden

Betreuer/in:

☐ nein

Patientenverfügung: ja, vorhanden

nein, aber gewünscht

Vorsorgevollmacht: ja, vorhanden

nein, aber gewünscht

Pflegegrad:

besteht nicht

Behindertenausweis/GdB:

Merkzeichen:

Befreiung von Zuzahlungen:

ja nein (Kopie/Foto für die Akte?)

DSGVO unterzeichnet:

ja noch nicht

Einverständnis für Therapie unterzeichnet:

ja noch nicht

3. Medizinische Anamnese

Diagnosen:

.....
.....

Allergien / Unverträglichkeiten:

.....
.....

Fremdbefunde/bisheriger Hausarzt/in und ggf. anderer Spezialisten:

.....
.....

Basisdaten:

RR: mmHG

HF BPM

rhythmisch

unrhythmisch

Gewicht: kg

Größe: m

BZ: mg/dl

nüchtern

p.p.

GBA erfolgt?

ja

noch nicht

Impfausweis geprüft?

ja

noch nicht



Institut für
Hausärztliche
Fortbildung



Hausärztliche
Praxis

4. Befunde

Periphere Ödeme: nein ja,

Kompressionstherapie? nein ja,

Schmerzen: ja, VAS:

 nein

Hautstatus:

Wunden:

nein

ja, wo:

was:

wie:

Fotodokumentation erfolgt

Ansteckende Erkrankungen: nein

ja:

Sucht: nein ja:

Auffälligkeiten:

Pflegeabhängigkeit:

Kommunikation:	voll-	teil-	non-verbal	gar nicht möglich	
Mobilität:	selbstständig im Zimmer		auf dem Flur	Rollstuhl	Rollator bettlägerig
Stimmungslage:	gedrückt/traurig		gereizt/aggressiv	ausgeglichen	
blind	Sehen beeinträchtigt			Brille vorhanden	
taub	Hören beeinträchtigt			Hörgerät vorhanden	
Schluckstörung					
Orientiert	teilweise orientiert		desorientiert		
Schlafstörung					
Inkontinenz:	Harn	Stuhl	Katheter/Sonden/Stomata		
Essen/Trinken:	selbstständig		hilfsbedürftig	unselbstständig	PEG vorhanden
	Zahnstatus:			Prothese vorhanden	
Körperpflege:	selbstständig		hilfsbedürftig	unselbstständig	
Medikamente Herrichtung & Einnahme:			selbstständig	hilfsbedürftig	unselbstständig
Andere Hilfsmittel:					

5. Medizinische Versorgung

Medikamente:

BMP oder Medikamentenplan: in Kopie vorhanden

Sonstiges:

Physio- / Ergotherapie / Logopädie oÄ:

Wo:

Seit wann:

Langfristige Verordnung: ja nein

Handlungsbedarf: ja, bis nein

