

Arztinformativbogen – auffällige:r Pflegeheimbewohner:in

Patient/in: geboren:
 Pflegeheim: Haus- FA-Zentrum Allgemeinmedizin Köber & Kolleg:innen
 arzt: andere/r:

Hauptprobleme – Anlass der Verständigung (ggf. mehrere)

<input type="checkbox"/> Atemwegsproblem <input type="checkbox"/> Atemnot/Kurzatmigkeit <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Auswurf gelb/grün/blutig	Befunde notwendig: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Problem <input type="checkbox"/> wässriger Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Befunde notwendig: 1, 5, 8, 9
<input type="checkbox"/> Kreislaufproblem <input type="checkbox"/> kaltschweißig <input type="checkbox"/> RR sehr hoch/niedrig <input type="checkbox"/> Herzschlag unregelm. <input type="checkbox"/> Brustschmerzen <input type="checkbox"/> Atemnot dabei <input type="checkbox"/> Kollaps	Befunde notwendig: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9
<input type="checkbox"/> Veränderung des Bewusstseinszustandes <input type="checkbox"/> verlangsamt <input type="checkbox"/> Augen zu – leicht erweckbar <input type="checkbox"/> Augen zu – schwer erweckbar <input type="checkbox"/> Sturz le. 3-4 Wo <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Befunde notwendig: 1, 3, 4, 5, 8, 9
<input type="checkbox"/> Veränderung der psychischen Situation <input type="checkbox"/> Verwirrung <input type="checkbox"/> Wahn (Bestehlung/Vergiftung, ...) <input type="checkbox"/> Aggressivität <input type="checkbox"/> Halluzinationen <input type="checkbox"/> Angst	Befunde notwendig: 1, 4, 5, 8, 9
<input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Arm links/rechts <input type="checkbox"/> Bein links/rechts <input type="checkbox"/> Gesicht links/rechts <input type="checkbox"/> Sturz le. 3-4 Wo <input type="checkbox"/> Sprachstörung	Befunde notwendig: 1, 2, 3, 4, 5, 8
<input type="checkbox"/> Sturzgeschehen mit Verletzung wann: <input type="text"/> betr. Körperregion: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> versorgungspflichtige Wunde – gesonderte Wundmeldung notwendig!	Wundokumentation Praxis anfordern/ausfüllen!
<input type="checkbox"/> Schmerzen Lokalisation: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> wird stärker <input type="checkbox"/> Sturz le 3-4 Wo <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>	

Befunderhebung durch Pflegekraft

Befunde nur nach Notwendigkeit (Ziffernverweise s.o.)

1	Blutdruck	<input type="text"/>	mmHg
	Herzfrequenz	<input type="text"/>	/min
2	Atemfrequenz	<input type="text"/>	/min
3	SO ₂ (Sättigung)	<input type="text"/>	%
4	Blutzucker bei BZ-Medikation	<input type="text"/>	mg/dl
5	Temperatur	<input type="text"/>	°C
6	Beinödeme beidseits	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
7	Gewichtszunahme >1kg	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8	Austrocknungszeichen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - folgende	
9	neue Medikamente in den letzten 3-4 Wochen	<input type="text"/>	

Sonstige Anmerkungen der Pflegekraft:

Datum/Uhrzeit:

Handzeichen Pflegekraft: