

HAUSBESUCHSPROTOKOLL

1.	Hausbesuch am:	Grund des Hausbesuchs:					
	Geburtsjahr:						
	Geschlecht des Patienten: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich						Arzt:
	Ort des Besuchs: <input type="checkbox"/> Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Heim						NäPa:
2.	Aufgaben der NäPa (vom Arzt anzukreuzen):	Protokollierung durch NäPa:					
	<input type="checkbox"/> Puls <input type="checkbox"/> RR	____ / Min <input type="checkbox"/> Stolpern <input type="checkbox"/> arrhythmisch ____ / ____ mm Hg					
	<input type="checkbox"/> Blutzucker	_____ <input type="checkbox"/> nüchtern <input type="checkbox"/> ____ Std. nach dem Essen					
	<input type="checkbox"/> Gewicht	_____ <input type="checkbox"/> gemessen <input type="checkbox"/> erfragt					
	<input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Labor						
	<input type="checkbox"/> Verband <input type="checkbox"/> Injektion						
	<input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Medikationsabgleich	<input type="checkbox"/> keine Abweichung <input type="checkbox"/> folgende Abweichung					
3.	Sonstiges / nähere Erläuterungen:						
4.	Besonderheiten (z. B. Widersprüchlichkeiten): <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja						
5.	Patienteneinschätzung:	Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> geht so	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
6.	Einschätzung NäPa:	Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> geht so	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
		Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> geht so	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
		Lebenszustand (Wohnumfeld, Hygiene, Kleidung)	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> geht so	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
7.	Pflege/Betreuung: Pflegegrad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Pflege erfolgt durch: <input type="checkbox"/> Patienten selber <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Nachbarschaft / Bekannte <input type="checkbox"/> Sozialstation						
8.	Weiteres Vorgehen:	<input type="checkbox"/> Rückruf durch den Arzt <input type="checkbox"/> Rückruf durch NäPa <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____					
	Folgebesuch vereinbart am:						
_____ Datum / Unterschrift / Stempel Arzt		_____ Datum / Unterschrift NäPa					