



# HAUSBESUCHSPROTOKOLL

## Anlass des Hausbesuches:

## Haupt-Anliegen aus Patientensicht:

Blutabnahme venös

Messung RR, Puls  /  mm Hg,  /min, arrhythmisch  Stolpern

BZ-Messung um  Uhr, nüchtern  /  Stunden postprandial : BZ

Medikationsabgleich: Abweichungen keine /folgende (einschl. Hinweisen auf Abusus)

  

## Gründe für Abweichungen:

Kontrolle notwendig bei Stellen /Verabreichen  der Medikamente **V. a. Abusus:** Nikotin  Alkohol

## Allgemeinzustand

Einschätzung des Patienten Note  / der MFA Note  (1 - 5)

**Schmerz** (0 - 10): in Ruhe  / Spitzen bis  / Auslöser

Wo?  / Wie?

**Selbsthilfestatus:**

(siehe auch Barthel-Index, Sozialassessment)

## Pflegezustand

Wohnumfeld unauffällig  /

Kleidung situationsangepasst  /

Körperhygiene unauffällig  /

## Ernährungszustand:

kg erfragt  gemessen   cm erfragt  gemessen  BMI

Gewicht verändert in den letzten 3 Monaten:  kg Zunahme  Abnahme

Appetit: normal  "zu gut"  kaum  Übelkeit  Erbrechen , zuletzt

Kaustörung  Schluckstörung   Trinkmenge  l täglich Verdacht auf Exsikkose

## Exkretion

**Miktion:** unauffällig  Inkontinenz  eher Drangink.  eher Belastungsink.

Beschwerden   Abstände  Std. nachts  mal

**Stuhlgang:** unauffällig  alle  Tage /  mal tägl. Verstopfung

Durchfall   Stuhlinkontinenz  seit

---

**Kommunikation**

Hören  Verstehen  Sprechen   
**Kognition:** unauffällig    
**Emotion:** unauffällig

---

**Mobilität**

unauffällig  Timed up and go  Sek.  
Treppe allein  / nur mit Begleitung  / Lift vorhanden  draußen allein  / nur mit Begleitung   
mit Hilfsmittel    
drinnen allein  / nur mit Begleitung   
mit Hilfsmittel

**Sozialassessment** (familiäre, soziale, berufliche Situation)

**Versorgungssituation** (Pflege, Einkauf, Hilfsmittelversorgung)

---

**Sonstige auffällige Befunde:**

Sehen	<input type="text"/>	Mimik	<input type="text"/>
Kurzatmigkeit	<input type="text"/>	Ödeme	<input type="text"/>
Haut allg.	<input type="text"/>		
Wunden	<input type="text"/>		
(Siehe auch Wundprotokoll)			
Füße inkl. Pulse	<input type="text"/>		

Datum

Name der AH/MFA in Blockschrift

Unterschrift der AH/MFA

Folgebesuch vereinbart:

Unterschrift des Arztes, Praxisstempel