



# HAUSBESUCHSPROTOKOLL

## Anlass des Hausbesuches:

[ ]

## Haupt-Anliegen aus Patientensicht:

[ ]

## Datum/Uhrzeit:

[ ]

## 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**

**Miktio**n: 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  Mimik

Kurzatmigkeit  Ödeme

Haut allg.

Wunden

(Siehe auch Wundprotokoll)

Füße inkl. Pulse

Welche Maßnahmen sind umgehend erforderlich?

Kontaktaufnahme: Rettungsdienst

Angehörige/Pflege

Arzt

Keine

Wie geht es weiter?

[Redacted text area]

[Redacted text area]

Datum

[Redacted text area]

Name der AH/MFA in Blockschrift

[Redacted text area]

Unterschrift der AH/MFA

[Redacted text area]

Folgebesuch vereinbart:

[Redacted text area]

Unterschrift des Arztes, Praxisstempel