

# Hausbesuchsprotokoll

## Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

männlich

weiblich

Adresse

Telefon-Nr, e-mail, etc.

## Hausbesuch

am: | | | | · | | | | · | | | | | durch: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Information des Arztes an die MFA:

\_\_\_\_\_

## Aufgaben

GBA  Verband  Sonstiges \_\_\_\_\_  
RR  Injektion  Labor: \_\_\_\_\_  
*BB, BZ, Krea, K, TSH, CRP*

Medikationsabgleich   
Kontrolle notwendig   
Medikation mit Akte identisch

## Allgemeinzustand

Bitte benutzen Sie folgende Zahlen zur Bewertung: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = eher gut, 4 = eher nicht gut, 5 = schlecht, 6 = sehr schlecht

Patienteneinschätzung:  1  2  3  4  5  6

MFA-Einschätzung:  1  2  3  4  5  6

Befunde RR/P: \_\_\_\_\_

Gewicht: | | | | kg

öffnet die Tür alleine

orientiert

Persönliche Einschätzung der MFA:

Ist Ihnen an dem Patienten etwas aufgefallen (z.B. Widersprüchlichkeit, Pflegezustand etc.)  nein  ja

wenn, ja: \_\_\_\_\_

Gibt es etwas Wichtiges, was der Patient dem Arzt mitteilen möchte?  nein  ja

wenn, ja: \_\_\_\_\_

Besuch durch den Arzt nötig:  nein  ja

Folgebesuch vereinbart am: | | | | · | | | | · | | | |

Rückruf durch den Arzt nötig:  nein  ja  ja, heute noch

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift Arzt

Unterschrift MFA