

Anamnesebogen zur hausärztlichen Übernahme

1 Stammdaten und Ansprechpartner

Bitte durch die Einrichtung, die Patientin / den Patienten oder eine Vertretung ausfüllen.

Unbekannte Angaben bitte kennzeichnen. Nicht zutreffende Freitextfelder mit „entfällt“ versehen.

Patientin oder Patient

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Einzug in die Einrichtung am

Gewünschte Übernahme ab

Krankenkasse

Versichertennummer

Einrichtung und Pflege

Name der Einrichtung

Station / Wohnbereich / Zimmer

Anschrift der Einrichtung

Verantwortliche Pflegekraft

Telefon der Station

Weitere Kontaktmöglichkeit der Einrichtung

Bisherige Versorgung und Angehörige

Bisherige Hausarztpraxis / Name

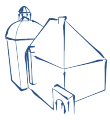
Telefon der bisherigen Praxis

Angehörige / Kontaktperson: Name und Beziehung

Telefon

Ausgefüllt von / Funktion

Ausgefüllt am



Anamnesebogen zur hausärztlichen Übernahme

2 Medizinische Angaben und Pflegebedarf

Patientenname und Geburtsdatum

Vorerkrankungen und Behandlungen

Wichtige Vorerkrankungen / Diagnosen und aktuelle Besonderheiten

Frühere Operationen mit Jahresangabe

Allergien / Unverträglichkeiten und Art der Reaktion (ggf. „keine bekannt“)

Aktuelle Medikation

Bitte aktuellen Medikationsplan beifügen; ergänzend Änderungen und Bedarfsmedikation angeben.

Medikament, Stärke, Dosierung / Bedarfsdosis und Höchstdosis

Gerinnungshemmende Medikamente?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Unbekannt

Insulinbehandlung?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Unbekannt

Impfpass vorhanden?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Unbekannt

Letzte Tetanusimpfung (Datum / unbekannt)

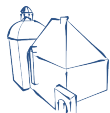
Medikationsplan vom

Pflegebedarf und Hilfsmittel

Pflegegrad / kein Pflegegrad / unbekannt

Barthel-Index (0-100) und Erhebungsdatum

Hilfsmittel (z. B. Rollator, Rollstuhl, Sauerstoff, Katheter)



Anamnesebogen zur hausärztlichen Übernahme

3 Betreuung Unterlagen und Bestätigung

Patientenname und Geburtsdatum

Pflegebedürftig? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Urininkontinenz? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Stuhlinkontinenz? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Vertretung und Patientenwille

Rechtliche Betreuung eingerichtet? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Vorsorgevollmacht vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Patientenverfügung vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Betreuung / bevollmächtigte Person: Name, Funktion und Telefon

Aufgabenbereich / Umfang der Vertretung (insbesondere Gesundheitssorge)

Beizufügende Unterlagen

Bitte vorliegende Unterlagen ankreuzen und beifügen; fehlende Unterlagen unten benennen.

- ☐ Aktueller Medikationsplan
- ☐ Bei Übernahme aus dem Krankenhaus: letzter Entlassbericht
- ☐ Bei Übernahme aus der Häuslichkeit: Diagnoseliste der bisherigen Praxis
- ☐ Allergiepass, sofern vorhanden (Kopie)
- ☐ Vollmacht / Patientenverfügung / Betreuungsurkunde, sofern vorhanden (Kopie)
- ☐ Vorliegende ärztliche Vorbefunde

Fehlende Unterlagen / werden nachgereicht durch

Die hausärztliche Übernahme erfolgt erst nach Bestätigung durch unsere Praxis.

Ich erkläre mich mit Erinnerungen an fällige Termine und Untersuchungen einverstanden.

Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis zur Kenntnis genommen.

Die Datenschutzerklärung ist in der Praxis erhältlich und kann auf Wunsch zugesandt werden.

Datum / Unterschrift Patient oder vertretungsberechtigte Person: _____

Name / Unterschrift verantwortliche Pflegekraft: _____