

## Dokumentation Anforderung & Besuch

Anforderung

Anforderung wann / wer (+Tel) \_\_\_\_\_

Einrichtung / Adresse \_\_\_\_\_

ggf. Wohnbereich & Zi-Nr. \_\_\_\_\_

Name Patient (+Geb) \_\_\_\_\_

Was ist das Problem? \_\_\_\_\_

Mobilität ohne Einschränkung ☐ Stöcke ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ liegend ☐

Gesetzlicher Betreuer (+Tel) \_\_\_\_\_

Hausarzt (+Tel) \_\_\_\_\_

Hauszahnarzt (+Tel) \_\_\_\_\_

Rückruf ZA/ZÄ Datum / Procedere \_\_\_\_\_

Besuch

Besuch Datum / Uhrzeit \_\_\_\_\_ KVK eingelesen ☐

Anwesende Person (+Tel) \_\_\_\_\_

Kooperation ( + / 0 / - ) \_\_\_\_\_ Pflegegrad \_\_\_\_ befristet? \_\_\_\_ / Eingliederungshilfe ☐

Größe \_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_ Schwerbehinderten-Ausweis Merkzeichen aG / BI / H

Bemerkungen \_\_\_\_\_

|    | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 01 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

Diagnose / Therapie \_\_\_\_\_

Mundgesundheitsstatus/individueller Plan ☐ Mundgesundheitsaufklärung ☐

Allgemeinerkrankungen, Medikamente, Allergien? \_\_\_\_\_

Bemerkungen \_\_\_\_\_