

Bewohner BMI

27.01.2020

Nachname		Geboren am		Gewichtsveränderung der	
Vorname		Geboren am		letzten 6 Monate	
				Aktuelle Größe	
				Aktuelles Gewicht	
				Aktueller BMI	
Herold	Ruth	25.10.1923	KG	Bewertung	In-Prozent
				abgenommen	-5,0%
				151,0	
				61,2	
				26,8	

Der Hausarzt ist über den aktuellen BMI von _____ Geboren am 25.10.1923 informiert.
Der Hausarzt sieht zur Zeit keinen Handlungsbedarf, außer der regelmäßigen Überprüfung des Gewichtes mittels monatlicher Gewichtskontrolle.
Eine Nahrungsbilanzierung ist aus ärztlicher Sicht nicht notwendig.

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____

(bitte mit Stempel des Hausarztes)

Wenn aus Sicht des Hausarztes Handlungsbedarf besteht, bitte hier Eintragen:

Bitte zeitnah und unterschrieben zurück Faxen, Vielen Dank

Seniorenzentrum Emmi-Seeh-Heim
79102 Freiburg, Runzstr. 77
Wohnbereich 5
Tel: 0761/20746-130
Fax: 0761-20746-134

Bewohner BMI

Nachname	Maag				
Vorname	Marianne				
Geboren am	13.03.1924				
Gewichtsveränderung zum	KG	Bewertung	in-Prozent		
letzten Monat	2,3	zugenommen	4,9%		
Aktuelle Größe	147,0				
Aktuelles Gewicht	48,9				
Aktueller BMI	22,6				

Der Hausarzt ist über den aktuellen BMI von Maag, Marianne Geboren am 13.03.1924 informiert. Der Hausarzt sieht zur Zeit keinen Handlungsbedarf, außer der regelmäßigen Überprüfung des Gewichtes mittels monatlicher Gewichtskontrolle. Eine Nahrungsbilanzierung ist aus ärztlicher Sicht nicht Notwendig.

Unterschrift des Arztes

Datum

(Bitte mit Stempel des Hausarztes)

Wenn aus Sicht des Hausarztes Handlungsbedarf besteht, bitte hier Eintragen:

Bitte zeitnah und unterschrieben zurück Faxen, Vielen Dank

Seniorenzentrum Emmi-Seeh-Heim
79102 Freiburg, Runkstr. 77
Wohnbereich 5
Tel: 0761/20746-130
Fax: 0761-20746-134

Schmerzermittlung und Schmerzintensitäts-Evaluation

ambio
 Gesundheitszentrum
 Emmi-Seeh-Heim
 Runzstr. 77
 79102 Freiburg

Sehr geehrte/r Hausarzt/in

hiermit werden Sie über unsere turnusgemäße Kontrolle der Schmerzintensivität des folgenden Heimbewohner/in informiert.

Wohnbereich 5

Tel.: 0761 207 46 - 131
 Fax: 0761 207 46 - 134

Name: Fr. Strauch, Regina

Geburtsdatum: 24.01.1932

28.01.2020

Lokalisation der Schmerzen: z.n. Tuberculum minor Fraktur re., rheumatoide Arthritis, Gonarthrose

Vorherige Schmerzintensität \nearrow

keine Schmerzen	leichter Schmerz	mäßig bis starke Schmerzen	sehr starke Schmerzen	☹
0	1 2 3	4 5 6	7 8 9	10
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle Schmerzintensität \nearrow

keine Schmerzen	leichter Schmerz	mäßig bis starke Schmerzen	sehr starke Schmerzen	☹
0	1 2 3	4 5 6	7 8 9	10
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle Schmerzmedikation					
Medikament	Darreichungsform	Morgens	Vormittags	Mittags	Nachmittags
Pregabalin 25mg	Kps.	1			
Pregabalin 50mg	Kps.		1		1

- Zurzeit besteht kein Grund die Schmerzmedikation zu verändern ☒ ➤ Regelmäßige Informationen im Rahmen der Visite reichen aus ☒
- Geänderte Medikation / Dosierung, bitte in die untere Tabelle eintragen \curvearrowright

Medikament	Darreichungsform	Morgens	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Nacht
Bei Bedarf: Novalgin 500 mg/ml 3x40 Trpf./24h						
Bei Bedarf: Paracetamol 500 6x1 Tbl./24h						
Bei Bedarf: Tilidin 50/4mg 2x1 Tbl./24h						

Bitte zeitnah und unterschrieben zurück faxen, vielen Dank im Voraus.

Version 1.0 vom 09.04.2019 07:23
 Prüfung: 09.04.2019 05:30QAass
 Freigabe: EL

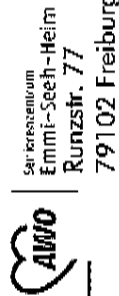
Datum

SZ Emmi Seeh Heim
 Datei: EI 7.2.06.docx
 Seite 1 von 1

Unterschrift des/r Hausarztes/in
 (Bitte mit Stempel des/r Hausarztes/in)

Version 1.0 vom 09.04.2019 07:23
Prüfung: 09.04.2019 05:30QAss
Freigabe: EL

Schmerzermittlung und Schmerzintensitäts-Evaluation



Sehr geehrte/r Hausarzt/in

hiermit werden Sie über unsere turnusgemäße Kontrolle der Schmerzintensivität des folgenden Heimbewohner/in informiert.

Wohnbereich 5

Tel.: 0761 207 46 - 131
Fax: 0761 207 46 - 134

Name: Künstler, Elisabeth

Lokalisation der Schmerzen: Knie beidseitig / Schulter

Geburtsdatum: 30.01.1927

28.01.2020

Vorherige Schmerzintensität \longleftrightarrow

😊	leichter Schmerz			mäßig bis starke Schmerzen			sehr starke Schmerzen			☹️
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle Schmerzintensität \longleftrightarrow

😊	leichter Schmerz			mäßig bis starke Schmerzen			sehr starke Schmerzen			☹️
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle Schmerzmedikation									
Medikament	Darreichungsform	Morgens	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Abends	Nacht		
Bei Bedarf: Novaminsulfon 500 mg/ml 3x40 Trpf./24h									
Bei Bedarf: Tilidin 50/4mg 2 x1 Tbl/24h									
<p>➤ Zurzeit besteht kein Grund die Schmerzmedikation zu verändern <input checked="" type="checkbox"/> ➤ Regelmäßige Informationen im Rahmen der Visite reichen aus <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>➤ Geänderte Medikation / Dosierung, bitte in die untere Tabelle eintragen ∇</p>									
Medikament	Darreichungsform	Morgens	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Abends	Nacht		

Bitte zeitnah und unterschrieben zurück faxen, vielen Dank im Voraus.

Version 1.0 vom 09.04.2019 07:23
Prüfung: 09.04.2019 05:30QAss
Freigabe: EL

Datum

Unterschrift des/r Hausarztes/in
(Bitte mit Stempel des/r Hausarztes/in)

SZ Emmi Seeh Heim
Datei: EI 7.2.06.docx
Seite 1 von 1

Schmerzermittlung und Schmerzintensitäts-Evaluation

AWO Schmerzzentrum
Emmi-Seeh-Heim
Runzstr. 77
79102 Freiburg
Wohnbereich 5

Sehr geehrte/r Hausarztz/fin

hiermit werden Sie über unsere turnusgemäße Kontrolle der Schmerzintensivität des folgenden Heimbewohner/fin informiert.

Tel.: 0761 207 46 - 131
Fax: 0761 207 46 - 134

Name: Herold, Ruth Edith

Geburtsdatum: 25.10.1923

28.01.2020

Lokalisation der Schmerzen: Polyneuropathie / Schmerzen in den Beinen

Vorherige Schmerzintensität \longleftrightarrow

😊	leichter Schmerz	mäßig bis starke Schmerzen	sehr starke Schmerzen	☹️
0	1 2 3	4 5 6	7 8 9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine \longleftrightarrow SCHMERZEN \longleftrightarrow unerträgliche				

Aktuelle Schmerzintensität \longleftrightarrow

😊	leichter Schmerz	mäßig bis starke Schmerzen	sehr starke Schmerzen	☹️
0	1 2 3	4 5 6	7 8 9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle Schmerzmedikation						
Medikament	Darreichungsform	Morgens	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Nachts
Pregabalin AI 50mg	Kapseln					1
Pregabalin AI 25mg	Kapseln	1				1
bei Bedarf: Novaminsulfon 3x 40Trpf. / 24H						
bei Bedarf: Pregabalin 25mg 4 x 1Kps. / 24H						
<p>➤ Zurzeit besteht kein Grund die Schmerzmedikation zu verändern <input checked="" type="checkbox"/> ➤ Regelmäßige Informationen im Rahmen der Visite reichen aus <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>➤ Geänderte Medikation / Dosierung, bitte in die untere Tabelle eintragen \longleftrightarrow</p>						
Medikament	Darreichungsform	Morgens	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Nachts
Novaminsulfon 500mg	Trpf.					40

Bitte zeitnah und unterschrieben zurück faxen, vielen Dank im Voraus.

Unterschrift des/r Hausarztes/fin
(Bitte mit Stempel des/r Hausarztes/fin)

Datum

Version 1.0 vom 09.04.2019 07:23
Prüfung: 09.04.2019 05:30QAass
Freigabe: EL

SZ Emmi Seeh Heim
Datum: El 7.2.06.docx
Seite 1 von 1

Schmerzermittlung und Schmerzintensitäts-Evaluation



Sehnenzentrum
Emmi-Seeß-Heim
Rumzstr. 77
79102 Freiburg

Sehr geehrte/r Hausarzt/in

hiermit werden Sie über unsere turnusgemäße Kontrolle der Schmerzintensivität des folgenden Heimbewohner/in informiert.

Wohnbereich 5

Tel.: 0761 207 46 - 131
Fax: 0761 207 46 - 134

Name: Rieth, Dorothea

Geburtsdatum: 08.03.1924

28.01.2020

Lokalisation der Schmerzen: rezidivierender Pleuraerguss re. bei nachgewiesener Pleurakarzinose eines unklaren Primarius

Vorherige Schmerzintensität



😊	leichter Schmerz		mäßig bis starke Schmerzen		sehr starke Schmerzen		☹️			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle Schmerzintensität



😊	leichter Schmerz		mäßig bis starke Schmerzen		sehr starke Schmerzen		☹️			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle Schmerzmedikation									
Medikament	Darreichungsform	Morgens	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Abends	Nacht		
Fentanyl 50 µg/H alle 3 Tage	Pflaster	1							
bei Bedarf: Metamizol- Trpf. 4 x 30 Trpf. / 24H									

➤ Zurzeit besteht kein Grund die Schmerzmedikation zu verändern ☒ ➤ Regelmäßige Informationen im Rahmen der Visite reichen aus ☒

➤ Geänderte Medikation / Dosierung, bitte in die untere Tabelle eintragen

Medikament	Darreichungsform	Morgens	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Abends	Nacht

Bitte zeitnah und unterschrieben zurück faxen, vielen Dank im Voraus.

Datum

Unterschrift des/r Hausarztes/in
(Bitte mit Stempel des/r Hausarztes/in)

Version 1.0 vom 09.04.2019 07:23
Prüfung: 09.04.2019 05:30QAass
Freigabe: EL

SZ Emmi Seeh Heim
Datei: EI 7.2.06.docx
Seite 1 von 1