

# Erfassung der medizinischen Betreuung wohnungsloser Menschen in Hannover

Bitte verwenden Sie je Kontakt eine Karte. Die Antworten deutlich markieren bzw. lesbar eintragen. Die Dokumentationskarte am Behandlungsort sammeln und monatlich zur Auswertung an das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ) - Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen, Postfach 4749, 30047 Hannover schicken. Rückfragen unter Telefon 0511 / 380-2503.

<b>Quartal</b> _____		<b>8. Status der Regelversorgung (RV) und Wohnungslosenversorgung (WV)</b> Betreuung nur in WV..... <input type="radio"/> Betreuung vom Hausarzt und in WV..... <input type="radio"/> Im letzten halben Jahr regelmäßiger Wechsel zwischen RV und WV..... <input type="radio"/> Unbekannt..... <input type="radio"/>		<b>14. Hauptanlass des Besuchs (Bitte vom Arzt ausfüllen!)</b> Organisatorischer Anlass..... <input type="radio"/> weiter bei <b>A</b> Gesundheitsbezogener Anlass..... <input type="radio"/> weiter bei <b>B</b>																																																										
<b>1. Geschlecht</b> Männlich..... <input type="radio"/> Weiblich..... <input type="radio"/>		<b>9. Straßenambulanz (mobil), bitte angeben:</b> _____		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kostenübernahme (KÜ)</th> <th>keine KÜ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A „Organisatorische“ Anlässe <u>primär</u> wegen:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rezept(gebühr).....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Überweisung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Heil- / Hilfsmittel.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Krankenhaus(kosten).....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Häusliche Pflege.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>			Kostenübernahme (KÜ)	keine KÜ	A „Organisatorische“ Anlässe <u>primär</u> wegen:			Rezept(gebühr).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Überweisung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heil- / Hilfsmittel.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krankenhaus(kosten).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Häusliche Pflege.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
	Kostenübernahme (KÜ)	keine KÜ																																																												
A „Organisatorische“ Anlässe <u>primär</u> wegen:																																																														
Rezept(gebühr).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Überweisung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Heil- / Hilfsmittel.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Krankenhaus(kosten).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Häusliche Pflege.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
<b>2. Alter</b> Geburtsjahr _____ (ggf. geschätzt)		<b>10. Ortsgebundene Sprechstunde, bitte angeben:</b> _____		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Erstversorgung</th> <th>Fortsetzung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>B Gesundheitsbezogener Anlass für aktuelle Behandlung</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. Hauptgrund</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2. Weitere Gründe</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>			Erstversorgung	Fortsetzung	<b>B Gesundheitsbezogener Anlass für aktuelle Behandlung</b>			1. Hauptgrund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. Weitere Gründe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																													
	Erstversorgung	Fortsetzung																																																												
<b>B Gesundheitsbezogener Anlass für aktuelle Behandlung</b>																																																														
1. Hauptgrund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
2. Weitere Gründe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
<b>3. Bei ärztlicher Behandlung bitte angeben:</b>  <b>Namensinitialen</b> _____ (Vorname, Name) (der Patientin / des Patienten)		<b>11. Kontakt mit dieser Einrichtung</b> Erstkontakt mit dieser Einrichtung..... <input type="radio"/> Wiederholungskontakt..... <input type="radio"/>		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>selbst durchgeführt</th> <th>veranlasst</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>15. Therapie(n) / Maßnahmen</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Medizinische Untersuchung / Behandlung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Medizinisches Beratungsgespräch.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Soziales Beratungsgespräch.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Medikamentengabe / -applikation.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Wundversorgung(en).....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Augenärztliche Behandlung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Suchttherapie (Diakonie) und -beratung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Psychiatrische Sprechstunde.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Impfung(en).....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Welche ? _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Postoperative Versorgung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Facharztbehandlung.....</td> <td><input type="radio"/> <b>verordnet</b></td> <td><input type="radio"/> <b>empfohlen</b></td> </tr> <tr> <td>Zahnärztliche Behandlung (Zahnklinik, Zahnmobil).....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Krankenhausbehandlung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Häusliche Pflege.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Andere _____</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>			selbst durchgeführt	veranlasst	<b>15. Therapie(n) / Maßnahmen</b>			Medizinische Untersuchung / Behandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medizinisches Beratungsgespräch.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Soziales Beratungsgespräch.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamentengabe / -applikation.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wundversorgung(en).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Augenärztliche Behandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suchttherapie (Diakonie) und -beratung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychiatrische Sprechstunde.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Impfung(en).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche ? _____			Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Postoperative Versorgung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Facharztbehandlung.....	<input type="radio"/> <b>verordnet</b>	<input type="radio"/> <b>empfohlen</b>	Zahnärztliche Behandlung (Zahnklinik, Zahnmobil).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krankenhausbehandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Häusliche Pflege.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Andere _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	selbst durchgeführt	veranlasst																																																												
<b>15. Therapie(n) / Maßnahmen</b>																																																														
Medizinische Untersuchung / Behandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Medizinisches Beratungsgespräch.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Soziales Beratungsgespräch.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Medikamentengabe / -applikation.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Wundversorgung(en).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Augenärztliche Behandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Suchttherapie (Diakonie) und -beratung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Psychiatrische Sprechstunde.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Impfung(en).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Welche ? _____																																																														
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Postoperative Versorgung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Facharztbehandlung.....	<input type="radio"/> <b>verordnet</b>	<input type="radio"/> <b>empfohlen</b>																																																												
Zahnärztliche Behandlung (Zahnklinik, Zahnmobil).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Krankenhausbehandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Häusliche Pflege.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
Andere _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																												
<b>4. Unterkunft / Wohnheim</b> Bei Freunden / Bekannten..... <input type="radio"/> OFW (ohne festen Wohnsitz)..... <input type="radio"/> Wohnungslosenunterkunft / -wohnheim..... <input type="radio"/> Wohnung..... <input type="radio"/> Andere _____ <input type="radio"/> Unbekannt..... <input type="radio"/>		<b>12. Behandelnde Person:</b> <b>Versorgung durch</b> (Mehrfachnennung möglich) Ärztin / Arzt..... <input type="radio"/> Pflegefachkraft..... <input type="radio"/>																																																												
<b>5. Betreuung</b> <span style="float:right">nein ja</span> Gesetzliche(r) Betreuer(in)..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Unbekannt..... <input type="radio"/>		<b>13. Grunderkr./ Bekannte Diagnosen</b> <span style="float:right">bekannt in Behandlung</span> Psychische Erkrankung..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Herz- / Kreislaufkrankung..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Chronische Hepatitis..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Karzinomkrankung..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> HIV..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Suchtkrankheit..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes)..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Atemwegserkrankung..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Andere _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Dissozialität („Verwehrosung“)..... <input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																												
<b>6. Sozialer Hintergrund</b> (Mehrfachnennung möglich) ALG II - Empfängerin / Empfänger..... <input type="radio"/> Rentnerin / Rentner..... <input type="radio"/> Migrationshintergrund..... <input type="radio"/> Herkunftsland _____ Andere _____ <input type="radio"/> Unbekannt..... <input type="radio"/>																																																														
<b>7. Versicherungsstatus</b> In Deutschland gesetzlich versichert..... <input type="radio"/> Sozialamt..... <input type="radio"/> Nicht versichert..... <input type="radio"/> Evtl. im Herkunftsland versichert..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> <span style="float:right">nein ja</span>																																																														