

# Ärztlicher Bericht

## 1. Behandelnde/-r Ärztin/Arzt

Name	
Straße   Hausnummer	
PLZ   Ort	
Telefon	
Telefax und/oder E-Mail	

Werden Sie die Patientin/den Patienten während des Aufenthalts in unserer Einrichtung weiterhin hausärztlich betreuen?  Ja  Nein

## 2. Persönliche Daten des Patienten/der Patientin

Name   Vorname   ggf. Geburtsname								
Geburtsdatum   Geburtsort	<table border="1"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> <td></td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J			
Straße   Hausnummer								
PLZ   Ort								

## 3. Diagnose/-n

ICD-10-Nr.   Bez.		

## 4. Aktueller Allgemeinzustand vor der Aufnahme in unser Haus

Körpermaße des/der Pflegebedürftigen	Körpergröße <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Körpergewicht <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
Der/die Pflegebedürftige ist	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> teilweise mobil	<input type="checkbox"/> immobil
	<input type="checkbox"/> auf Rollator angew.	<input type="checkbox"/> auf Rollstuhl angew.	<input type="checkbox"/> dauernd bettlägerig
	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilweise orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
Besteht Weglaufgefährdung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

**4. Aktueller Allgemeinzustand vor der Aufnahme in unser Haus**

Sind **Allergien**  
bzw. **Unverträglichkeiten** bekannt?

Nein  Ja Wenn Ja, welche?

**Dauerkatheter**  
Indikation

Nein  Ja letzter Wechsel

**SPF-Katheter**  
Indikation

Nein  Ja letzter Wechsel

**Herzschritmacher**  
letzte Kontrolle

Nein  Ja  Ausweis  kein Ausweis

Wo?

**Trachealkanüle**

Nein  Ja, *siehe Punkt 8*

**PEG-Magensonde**  
ggf. Ernährungsregime beifügen

Nein  Ja Einlegedatum

Sind **Wunden** vorhanden?

Nein  Ja, *Wundversorgung siehe Punkt 8* Wenn Ja, wo?

Sind **Kontrakturen** vorhanden?

Nein  Ja Wenn Ja, welche?

Bestehen **Schmerzen**?

Nein  Ja Wenn Ja, welche?

Bestehen **Unruhezustände**?

Nein  Ja Wenn Ja, wie äußern sie sich?

Bestehen **funktionelle Einbußen** im  
geistigen/psychischen Bereich?

Nein  Ja Wenn Ja, wie äußern sie sich?

Besteht eine **Inkontinenz**?

Neigt der/die Patient/-in zu **Diarrhoe**?

Neigt der/die Patient/-in zu **Obstipation**?

Nein  Stuhlinkontinenz  Urininkontinenz

Nein  Gelegentlich  Ja

Nein  Gelegentlich  Ja

## 5. Infektionshygiene

Bestehen **ansteckende Krankheiten**?

Nein  Ja Wenn Ja, welche?

Besteht **Impfschutz** für

SARS-CoV-2  Pneumokokken  Influenza  
 Sonstige

**Zur Einhaltung der Infektionshygiene:**  
Der/die Unterzeichnende bescheinigt,  
dass bei dem/der genannten Patienten/  
Patientin **kein Hinweis auf eine ansteckende Lungentuberkulose** vorliegt.

**Infektionshygiene** Bescheinigung gem. IfSG § 36 Abs. 4

Ort | Datum | Unterschrift der/s Ärztin/Arztes

## 6. Regelmäßig zu verabreichende Medikamente\*

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht

## 7. Bedarfsmedikamente\* mit Indikationsangabe

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht

**\*Wir akzeptieren auch einen unterschriebenen Medikamentenverordnungsplan.**

**8. Erforderliche Behandlungspflege** mit Indikationsangabe

Behandlungspflege	morgens	mittags	abends	zur Nacht

**9. Verordnungen und Maßnahmen**

Welche **Heilmittelverordnungen** sind angezeigt?  
 Bitte gegebenenfalls **Rezepte** beifügen.

keine   
  Ergotherapie   
  Krankengymnastik   
  Logopädie  
 Sonstige:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sind **Freiheitsentziehende Maßnahmen** notwendig?

Nein                           
  Ja                           
 Wenn Ja, welche?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**10. Krankenhausaufenthalt**

Letzter Krankenhausaufenthalt  
 Weshalb?

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bestätigung der Bearbeitung des 4-seitigen Ärztlichen Berichts:

Ort   Datum	Unterschrift und Stempel der/des behandelnden Ärztin/Arztes