

# 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

Geburtsstag | Geburtsort

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

<table border="1"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	
T	T	M	M	J	J		

## 3. Diagnose/-n

ICD-10-Nr. | Bez.

			-				
			-				
			-				
			-				
			-				
			-				
			-				
			-				


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

Körpermaße des/der Pflegebedürftigen

Körpergröße    cm

Körpergewicht    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?

Nein  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  T  T  M  M  J  J

\_\_\_\_\_

**SPF-Katheter**

Indikation

Nein  Ja letzter Wechsel  T  T  M  M  J  J

\_\_\_\_\_

**Herzschrittmacher**

letzte Kontrolle

Nein  Ja  Ausweis  kein Ausweis

T  T  M  M  J  J Wo? \_\_\_\_\_

**Trachealkanüle**

Nein  Ja, *siehe Punkt 8*

**PEG-Magensonde**  
ggf. Ernährungsregime beifügen

Nein  Ja Einlegedatum  T  T  M  M  J  J

**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?**

Nein  Stuhlinkontinenz  Urininkontinenz

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

Nein  Gelegentlich  Ja

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

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        bis

Bestätigung der Bearbeitung des 4-seitigen Ärztlichen Berichts:

--	--

Ort | Datum

Unterschrift und Stempel der/des behandelnden Ärztin/Arztes