

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

Herzschrittmacher

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?

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.

