

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

Geburtstag | Geburtsort

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

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

mobil

teilweise mobil

immobil

auf Rollator angew.

auf Rollstuhl angew.

dauernd bettlägerig

orientiert

teilweise orientiert

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

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**?

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.**

