

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	<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

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**?

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