

Ärztlicher Bericht

Seite 1 von 4

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 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.**

