

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

- | | | |
|--|---|--|
| <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

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