

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?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, welche? <input type="text"/> <input type="text"/>
Dauerkatheter Indikation	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja letzter Wechsel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SPF-Katheter Indikation	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja letzter Wechsel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Herzschritmacher letzte Kontrolle	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ausweis <input type="checkbox"/> kein Ausweis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Wo? <input type="text"/>
Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <i>siehe Punkt 8</i>
PEG-Magensonde ggf. Ernährungsregime beifügen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Einlegedatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sind Wunden vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <i>Wundversorgung siehe Punkt 8</i> Wenn Ja, wo? <input type="text"/> <input type="text"/>
Sind Kontrakturen vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, welche? <input type="text"/> <input type="text"/>
Bestehen Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, welche? <input type="text"/> <input type="text"/>
Bestehen Unruhezustände?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, wie äußern sie sich? <input type="text"/> <input type="text"/>
Bestehen funktionelle Einbußen im geistigen/psychischen Bereich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, wie äußern sie sich? <input type="text"/> <input type="text"/>
Besteht eine Inkontinenz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Urininkontinenz
Neigt der/die Patient/-in zu Diarrhoe?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Ja
Neigt der/die Patient/-in zu Obstipation?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> 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 bis

Bestätigung der Bearbeitung des 4-seitigen Ärztlichen Berichts:

--	--

Ort | Datum

Unterschrift und Stempel der/des behandelnden Ärztin/Arztes