

# 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	
Geburtsstag   Geburtsort	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  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        bis

Bestätigung der Bearbeitung des 4-seitigen Ärztlichen Berichts:  
 Ort | Datum                                   Unterschrift und Stempel der/des behandelnden Ärztin/Arztes