Evangelische Heimstiftung

Ärztlicher Bericht

Bericht zur Heimaufnahme
ggf. zur Vorlage beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Personendaten

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hausarzt

Name _____

Letzter Hausarztbesuch _____

Ärztliche Diagnosen

_____

_____

_____

_____

Weitere Diagnosen (Fachärzte)

_____

_____

_____

Allergien

Ausweis vorhanden ☐ ja ☐ nein

_____

_____

Epilepsie

☐ ja ☐ nein

Bemerkungen _____

Letzter Anfall _____

Impfungen

☐ Aufklärung über die Notwendigkeit von Schutzimpfungen durchgeführt

☐ Impfschutz ist vorhanden

☐ Impfpass vorhanden

Infektionserkrankungen

Hepatitis ☐ ja ☐ nein Typ _____

MRGN ☐ ja ☐ nein Typ/Einteilung _____

Bemerkungen _____

HIV ☐ ja ☐ nein Bemerkungen _____

Andere Infektionserkrankungen

Wenn ja, welche? _____

Bestätigung nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

Lungen-TBC ☐ liegt vor ☐ liegt nicht vor

Isolierung notwendig ☐ ja ☐ nein Weitere Maßnahmen _____

Suchtkrankheit ☐ liegt vor ☐ liegt nicht vor

Wenn ja, welche? _____

Medikamente (evtl. Kopie der Medikamentenverordnung)

_____

_____

Patientenausweise vorhanden

Marcumar ☐ ja ☐ nein

Herzschrittmacher ☐ ja ☐ nein

Andere _____

Klinikaufenthalte ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann? _____

Diagnosen _____

Unfälle und Stürze mit medizinischer Behandlung in den letzten fünf Jahren ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

_____

Befunde (evtl. Kopie)

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Ernährung

Ernährungszustand BMI _____

Normalkost ☐ ja

Sonderkostform (z. B. Diät) ☐ ja welche? _____ wegen _____

☐ ja welche? _____ wegen _____

Sondenernährung ☐ ja welche? _____ wegen _____

PEG-Anlage seit _____

Sehfähigkeit

rechts	☐ normal	☐ eingeschränkt	☐ sehbehindert	☐ blind
links	☐ normal	☐ eingeschränkt	☐ sehbehindert	☐ blind

Ursache _____

Sehhilfe ☐ ja ☐ lehnt Sehhilfe ab ☐ nein

Hörfähigkeit

rechts	☐ normal	☐ eingeschränkt	☐ schwerhörig	☐ taub
Benutzung Hörgerät	☐ ja	☐ nein	☐ lehnt Hörgerät ab	
links	☐ normal	☐ eingeschränkt	☐ schwerhörig	☐ taub
Benutzung Hörgerät	☐ ja	☐ nein	☐ lehnt Hörgerät ab	

Sprechvermögen

☐ normal ☐ eingeschränkt ☐ nicht vorhanden

Äußert sich wie folgt _____

Bewegungsfähigkeit

☐ normal ☐ eingeschränkt

Ursache _____

Funktion der Arme	☐ normal	☐ eingeschränkt	☐ Lähmung	☐ Deformierung	☐ Kontraktur
Funktion der Hände	☐ normal	☐ eingeschränkt	☐ Lähmung	☐ Deformierung	☐ Kontraktur
Funktion der Beine	☐ normal	☐ eingeschränkt	☐ Lähmung	☐ Deformierung	☐ Kontraktur
Funktion der Füße	☐ normal	☐ eingeschränkt	☐ Lähmung	☐ Deformierung	☐ Kontraktur
Wirbelsäule	☐ normal	☐ Veränderungen	welche? _____		
Amputation	☐ ja	☐ nein	wenn ja, wo? _____		
Prothesen	☐ ja	☐ nein	wenn ja, welche? _____		
Weitere Hilfsmittel	☐ ja	☐ nein	wenn ja, welche? _____		

☐ Inkontinenz

Harn ☐ zeitweise ☐ dauernd ☐ Inkorezept

Stuhl ☐ zeitweise ☐ dauernd

Harnableitung ☐ Bezeichnung _____

Stomaversorgung ☐ Lokalisation _____

☐ Schmerzen

Art _____

Lokalisation _____

☐ Wunden

Art _____

Lokalisation _____

Angaben zur Orientierung	uneingeschränkt	eingeschränkt	desorientiert
Zur Person	☐	☐	☐
Zur Zeit	☐	☐	☐
Zum Ort	☐	☐	☐
Zur aktuellen Situation	☐	☐	☐

Angaben zum Verhalten		
☐ ausgeglichen	☐ introvertiert	☐ depressiv
☐ tags unruhig	☐ nachts unruhig	☐ Weglauftendenz
☐ Selbstgefährdung	☐ Gefährdung anderer	☐ Wahnvorstellungen

Medizinische Versorgung und Therapie

(wie z. B. Anus praeter, PEG, Tracheostoma, Port, Beatmung)

_____

_____

_____

_____

_____

Ergänzungen

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes