

Ärztlicher Bericht

- Vollstationäre Pflege und Betreuung für
 - pflegebedürftige Menschen
 - Menschen mit Demenz
 - junge Schwerstpflegebedürftige
 - Menschen mit MS
- Kurzzeitpflege
- Teilstationäre Pflege und Betreuung
 - Tagespflege
 - Nachtpflege
- Rehabilitation
- Sonstige _____

Bericht zur Heimaufnahme

ggf. zur Vorlage beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Personendaten/Aufnahmedaten

Nachname	Vorname	ggf. Geburtsname
Straße	PLZ/Ort	Telefon <input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand seit

Ärztliche Diagnosen

Weitere Diagnosen (Fachärzte)

Allergien

Impfungen

- Aufklärung über die Notwendigkeit von Schutzimpfungen durchgeführt
- Impfschutz ist vorhanden

Infektionserkrankungen

Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Typ _____
MRSA/ORSA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bemerkungen _____
HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bemerkungen _____

Andere Infektionserkrankungen

Wenn ja, welche _____

Bestätigung nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

Lungen-TBC liegt vor liegt nicht vor

Suchtkrankheit liegt vor liegt nicht vor

Wenn ja, welche _____

Medikamente (evtl. Kopie der Medikamentenverordnung)

Patientenpass ja nein

Klinikaufenthalte ja nein

Wenn ja, wann/Diagnosen _____

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

Wenn ja, welche _____

Befunde

Größe _____ cm Gewicht _____ kg Ernährungszustand/BMI _____

Kostform Normalkost

Diätkost ja welche _____ wegen _____

Sondenernährung ja welche _____ wegen _____

Besondere Kostform erforderlich ja welche _____ wegen _____

Sehfähigkeit *rechts* normal eingeschränkt fast blind blind

links normal eingeschränkt fast blind blind

Ursache _____

Sehhilfe ja lehnt Sehhilfe ab nein

Hörfähigkeit *rechts* normal eingeschränkt fast taub taub

Benutzung Hörgerät ja nein lehnt Hörgerät ab

links normal eingeschränkt fast taub taub

Benutzung Hörgerät ja nein lehnt Hörgerät ab

Sprechvermögen normal eingeschränkt

Aphasie Ursache _____

Verständigung gut bedingt keine

Bewegungsfähigkeit normal eingeschränkt Ursache _____

Funktion der Arme normal eingeschränkt Lähmung Deformierung Kontraktur

Funktion der Hände	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/> Deformierung	<input type="checkbox"/> Kontraktur
Funktion der Beine	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/> Deformierung	<input type="checkbox"/> Kontraktur
Funktion der Füße	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/> Deformierung	<input type="checkbox"/> Kontraktur
Funktion der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Veränderungen	welche _____		
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche _____		
Prothesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche _____		

Angaben zur Orientierung

	uneingeschränkt	eingeschränkt	desorientiert
Zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zum Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur aktuellen Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zum Verhalten

<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> introvertiert	<input type="checkbox"/> depressiv
<input type="checkbox"/> tags unruhig	<input type="checkbox"/> nachts unruhig	<input type="checkbox"/> Weglauftendenz
<input type="checkbox"/> Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> Gefährdung anderer	<input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen

Hilfebedarf

	selbständig	teilweise Übernahme	vollständige Unterstützung	Anleitung
Mobilität				
- An/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aufstehen/Zubett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gehen in Verbindung mit den genannten Verrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung				
- Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nahrungsaufnahme oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sondenernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege				
- Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zahn-/Prothesen-/Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Blasenentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz				
- Harn	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> dauernd		
- Stuhl	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> dauernd		
- Harnableitung	<input type="checkbox"/> Bezeichnung _____			
- Stomaversorgung	<input type="checkbox"/> Lokalisation _____			

Medizinische Versorgung und Therapie

(wie z.B. Anus praeter, , Hautschädigungen, Decubiti, Beatmung)

Hauptgründe für die Aufnahme in eine voll- oder teilstationäre Pflegeeinrichtung

- Fehlen einer Pflegeperson
- Fehlende Bereitschaft möglicher Pflegepersonen
- Drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson
- Drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen
- Eigen- und/oder Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen
- Räumliche Gegebenheit im häuslichen Bereich
- Sonstiges:

Ergänzungen
