

Ärztlicher Bericht

Personendaten

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Hausarzt

Name

Telefonnummer Arzt

Letzter Hausarztbesuch am _____

Letzter Krankenhausaufenthalt (Kopie ärztlicher Bericht) am _____

Ärztliche Diagnosen

- Apoplex _____
- Fraktur _____
- Herzinfarkt _____
- Amputation _____
- Bösartige Tumorerkrankung _____
- Tetraplegie/Tetraparese _____
- Chorea Huntington _____
- Apallisches Syndrom _____
- Diabetes Mellitus _____
- Demenz _____
- Morbus Parkinson _____
- Osteoporose _____
- Multiple Sklerose _____
- Suchterkrankung _____
- Epilepsie _____
- Allergien _____
- Diagnose zu Schmerzen _____
- Diagnose zu Wunden _____
- _____
- _____

Chronische Infektionserkrankungen

Hepatitis ja nein Typ _____

HIV ja nein Bemerkungen _____

MRGN ja nein Typ/Einteilung _____ Lokalisation _____

Sonstige _____

Bestätigung nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

Lungen-TBC liegt vor liegt nicht vor

Isolierung notwendig ja nein

Weitere Maßnahmen _____

Unfälle und Stürze mit medizinischer Behandlung in den letzten fünf Jahren

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Medikamente

ja (Kopie Medikationsplan) nein

Patientenausweise vorhanden

Marcumar ja nein Herzschrittmacher ja nein Allergieausweis ja nein

Andere _____

Medizinische Versorgung und Therapie

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

Vitaldaten (evtl. Kopie) Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Ergänzungen

Heimbetreuungsbedürftigkeit liegt vor ja nein