

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