

# 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 \_\_\_\_\_  Morbus Parkinson \_\_\_\_\_

Osteoporose \_\_\_\_\_  Multiple Sklerose \_\_\_\_\_

Suchterkrankung \_\_\_\_\_  Epilepsie \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Diagnose zu Schmerzen \_\_\_\_\_  Diagnose zu Wunden \_\_\_\_\_

Demenz \_\_\_\_\_

### 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

Hinlauftendenz

Selbstgefährdung

Gefährdung anderer

Wahnvorstellungen

### Sonstige Diagnosen

---



---

## Infektionserkrankungen

Hepatitis  ja  nein Typ \_\_\_\_\_

HIV  ja  nein Bemerkungen \_\_\_\_\_

MRGN  ja  nein Typ/Einteilung \_\_\_\_\_ Lokalisation \_\_\_\_\_

Diagnose Covid-19  ja  nein Datum \_\_\_\_\_ PCR-Test am \_\_\_\_\_

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 Impfpass/-bescheinigung  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

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes