

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	<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"/> Hinlauftendenz |
| <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung | <input type="checkbox"/> Gefährdung anderer | <input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen |

Sonstige Diagnosen

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 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