

Ärztlicher Bericht

Personendaten

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hausarzt

Name _____ Telefonnummer Arzt _____

Letzter Hausarztbesuch am _____

Letzter Krankenhausaufenthalt (Kopie ärztlicher Bericht) am _____

Ärztliche Diagnosen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apoplex _____ | <input type="checkbox"/> Fraktur _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt _____ | <input type="checkbox"/> Amputation _____ |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Tumorerkrankung _____ | <input type="checkbox"/> Tetraplegie/Tetraparese _____ |
| <input type="checkbox"/> Chorea Huntington _____ | <input type="checkbox"/> Apallisches Syndrom _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus _____ | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose _____ | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose _____ |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsie _____ |
| <input type="checkbox"/> Diagnose zu Schmerzen _____ | <input type="checkbox"/> Diagnose zu Wunden _____ |
| <input type="checkbox"/> Demenz _____ | <input type="checkbox"/> Allergien _____ |

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 |

Einschränkungen der Mobilität

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stehen | <input type="checkbox"/> gehen | <input type="checkbox"/> sitzen |
| <input type="checkbox"/> Sturzgefahr | <input type="checkbox"/> mobil mit Hilfsmittel | |
| <input type="checkbox"/> keine Einschränkungen | | |

Ergänzung zu Diagnosen und Einschränkungen _____

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