

Ärztlicher Bericht

zur Aufnahme in einem Alten- und Pflegeheim

Name, Vorname (Geburtsname)

geboren am:

wohnhaft (Straße, Hausnummer, Ort)

Behandlung im Krankenhaus

seit: _____

voraussichtlich bis:

In Behandlung beim ausstellenden Arzt

seit: _____

Diagnose:

Bericht über den Gesundheitszustand des Patienten, sowie Art und Umfang der erforderlichen Hilfe und Pflege:

Seh- oder Hörbehinderung (en): Nein Ja, Art: _____

Körperliche Behinderung (en): Nein Ja, Art: _____

Psychische Behinderung(en): Nein Ja, Art: _____

Bösartige Erkrankungen: Nein Ja, Art: Carzinom Sarkom Leukämie

Steht die bösartige Erkrankung im ursächlichen Zusammenhang mit der Heimaufnahme: Nein Ja

Suchtkrankheiten: Nein Ja, Art: _____

Diabetes Mellitus: Nein Ja, Art der Behandlung: Medikamente Spritzen Diät

Ansteckende Krankheiten:

(Lungen) TBC

Nein Ja _____

Sonstiges (z.B. Dauerausscheider von Typhus/Paratyphus, ...)

Nein Ja _____

MRSA

Nein Ja _____

Bestehen gesundheitl. Bedenken gegenüber einer Heimaufnahme? Nein Ja, welche: _____

bedarf keiner besonderen Hilfe

Hilfe nötig beim: Frisieren/Rasieren Waschen Aufstehen/Zubettgehen

An- und Auskleiden Benutzen der Toilette Essen

Fahren im Krankenstuhl Gehen

Es besteht **zeitweise**: Urininkontinenz Stuhlinkontinenz Aufsichtsbedürftigkeit

Es besteht **dauernd**: Urininkontinenz Stuhlinkontinenz Aufsichtsbedürftigkeit bzw. Einzel-
nachtsnachtliche

Patient ist: zeitlich desorientiert örtlich desorientiert völlig desorientiert

nicht gehfähig häufig bettlägerig dauernd bettlägerig

Kann durch ständige aktivierende Pflege wenigstens zeitweise außerhalb des Bettes sein.

Bedarf einer ständigen aktivierenden Betreuung wegen Antriebsmangels, Bedürfnislosigkeit oder Mangel an sozialen Fertigkeiten.

Muß wegen mangelnder Selbstkontrolle gegenüber Suchtmitteln ständig beaufsichtigt werden.

Ort

Datum

(Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes)