

Ärztlicher Bericht zum Antrag um Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim

Frau/Herr

SVNr:

Derzeit bestehende Krankheiten: aktuelle medizinische Diagnosen:

Bestehen psychische Erkrankungen/ geistige Behinderungen Ja Nein
Wenn ja, welche?

Liegt eine bekannte Demenz vor? Ja Nein
Wenn ja, gibt es einen fachärztlichen Befund? Ja Nein
Wenn ja, liegt eine Weglauftendenz vor? Ja Nein

Bestehen depressive Phasen? Ja Nein
Wenn ja, seit wann:

Bestehen aggressive Phasen? Ja Nein
Wenn ja, seit wann:

Besteht eine Selbstgefährdung? Ja Nein
Besteht eine Fremdgefährdung? Ja Nein
Besteht eine Verwahrlosung? Ja Nein

Bestehen Suchtkrankheiten? Ja Nein
Wenn ja,
 Medikamente
 Alkohol
 Drogen
 Sonstiges

Hat der Patient/die Patientin ansteckende/meldepflichtige Krankheiten?

TBC Ja Nein
Hepatitis B/C Ja Nein
Multiresistente Keime: MRSA
ESBL
Lokalisation:

Letztes Lungenröntgen: _____

Sind Allergien bekannt?

Ist der Patient Diabetiker? Ja Nein
Ist eine Diätkost erforderlich? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Liegt eine Adipositas vor? Ja Nein

Liegt eine Mangelernährung vor? Ja Nein
Wird der Patient mittels PEG-Sonde ernährt? Ja Nein

Orientierung

zeitlich:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilweise orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
örtlich:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilweise orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
situativ:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilweise orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
persönlich:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilweise orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert

besteht eine Tag-Nacht-Umkehr? Ja Nein

Kommunikation

Ungestörte Kommunikation: Ja Nein
Sehbehinderung: Ja Nein
Hörbehinderung: Ja Nein
Sprachbehinderung: Ja Nein

Harninkontinenz Ja Nein Stuhlinkontinenz Ja Nein

Blasen- oder Supra] ubischer Katheter Ja Nein

Mobilität

Selbstständig mobil

Ja Nein

mit Unterstützung mobil

Ja Nein

Werden Gehhilfen benötigt?

Ja Nein

Besteht eine erhöhte Sturzgefahr?

Ja Nein

Wenn ja, wie oft:

Verletzungsgefahr (bekanntes erhöhtes Frakturrisiko)

Ja Nein

Derzeitige Behandlungen und Therapien:

Medikamentöse Therapie (bzw. Ausdruck der Verordnung):

	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Anmerkung:**Begründung aus Sicht des Arztes, warum eine Heimaufnahme erforderlich ist:**

Datum

Name des Arztes/der Ärztin

Unterschrift und Stempel