

Arztbericht

zur Aufnahme für gemeinnützige und gewerbliche Heime

Bitte alle Fragen vollständig beantworten ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben

1. Vor- und Zuname:			
2. Geburtsname:		geboren am:	
3. Ist Patient gehfähig ?	☐ ja	☐ nein	
4. Treppensteigen möglich ?	☐ ja	☐ nein	
5. Ist Patient häufig bettlägerig ?	☐ ja	☐ nein	
6. Ständig bettlägerig ?	☐ ja	☐ nein	
7. Beherrschung des Stuhlabgangs ?	☐ ja	☐ nein	
8. Beherrschung des Urinabgangs ?	☐ ja	☐ nein	
9. Fremder Hilfe bedürftig ?	☐ beim Essen	☐ beim Waschen	
	☐ beim Ankleiden	☐ beim Frisieren/Rasieren	
	☐ beim Aufstehen aus dem Bett		
	☐ beim Lagern zur Nachtruhe		
	☐ beim Benutzen der Toilette		
10. Örtlich orientiert ?	☐ ja	☐ nicht immer	☐ nein
11. Zeitlich orientiert ?	☐ ja	☐ nicht immer	☐ nein
12. Nachts ruhig ?	☐ ja	☐ nicht immer	☐ nein
13. Gemütsstimmung ?	☐ willig	☐ freundlich	☐ verdrießlich
14. Besondere Eigenarten	☐ nein	☐ ja, welche ?	
15. Suchtkrankheit ?	☐ nein	☐ ja, welche ?	
16. Körperliche Behinderung(en)-Art:-			
körperbehindert: blind, hör- oder sprachbehindert			
17. Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art -:/			
18. Diagnose:			
19. Ist Patient frei von Tbc nach § 6 des Infektionsschutzgesetzes ?			
Ist Patient frei von anderen ansteckenden Krankheiten nach § 6 des o.g. Gesetzes ?			
20. Diabetes:			
BZ.Wert:		Diät notwendig?	
Einstellung			
21. Medikamentenabgabe:			
22. Hinweis des Arztes mit Therapievorschlag:			
23. Die Pflegebedürftigkeit ist aus ärztlicher Sicht gegeben.			

+) Zutreffendes ankreuzen, Nichtzutreffendes streichen

(Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes)