

Ärztlicher Bericht

für das SZ Haus im Sommerrain

für das SZ Haus auf dem Killesberg

Die Aufnahme soll erfolgen für: betreutes Wohnen Kurzzeitpflege Dauerpflege
 Die Aufnahme ist: dringend vorsorglich

1	Geburtsname Familiename	
2	Vorname(n)	
3	Geboren	am.....in.....
4	Hauptwohnsitz	Straße, Hausnr..... PLZ, Ort
5	Telefon	Telefonnummer / Handy..... Fax / E-Mail.....
6	Name der Krankenkasse	KK
7	Diagnosen
8	Gründe für die Aufnahme

Ärztlicher Bericht (vom Hausarzt auszufüllen)

Ansteckende Krankheiten: Ja Nein

Wenn ja, folgendes: Tuberkulose MRSA, MRE TBC, AIDS, HIV, Hepatitis Typ C

Bemerkungen:

Größe: _____ Gewicht: _____ Sondennahrung: Ja _____
 Nein

Diät notwendig: Ja welche _____
 Nein

Sehfähigkeit ist eingeschränkt: Nein Ja, durch: _____

Hörfähigkeit ist eingeschränkt: Nein Ja, durch: _____

Bewegungsfähigkeit ist eingeschränkt: Nein Ja, durch: _____

Orientierung:

Zeitliche Orientierung ist eingeschränkt: Nein Ja, durch: _____

Örtliche Orientierung ist eingeschränkt: Nein Ja, durch: _____

Nahrungsaufnahme:

- Infusion/Sonde
- nimmt mundgerecht zubereitet Kost selbstständig ein
- braucht umfassende Hilfe
- passierte Kost
- isst selbstständig

Ausscheidungen:

- Urin- und/oder Stuhlinkontinenz
- geht zwar alleine auf die Toilette, kommt aber manchmal zu spät
- kann Ausscheidungen kontrollieren, braucht aber Hilfe
- kontrolliert alle Ausscheidungen, braucht keine Hilfe

Ankleiden:

- braucht umfassend Hilfe
- braucht teilweise Hilfe
- zieht sich alleine an, nicht immer Anlass und Jahreszeit entsprechend
- kleidet sich selbstständig und korrekt

Sozialverhalten:

- Autoaggressivität
- Weglauftendenzen
- Fremdaggressivität
- Suizid tendenz

Hygiene:

- braucht umfassende Hilfe
- braucht geringfügig Hilfe
- braucht teilweise Hilfe
- pflegt sich ohne Hilfe

Schlafverhalten:

- schläft tagsüber, nachts wach
- Einschlafschwierigkeiten, frühes Erwachen
- zeitweiliges nächtliches Umherirren
- ausreichend, ruhiger Schlaf

Mobilität:

- ständig bettlägerig
- kann mit technischen Hilfen alleine gehen/steht
- kann nicht stehen und gehen
- kann nur mit Unterstützung stehen/gehen
- kann stehen/gehen, jedoch sturzgefährdet
- kann sicher und alleine stehen/gehen

Bitte aktuellen Medikationsplan beifügen!

Ort/Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes
