

Ärztlicher Bericht

Zur Anmeldung oder Vormerkung im Seniorenhaus St. Augustin

1. Persönliche Daten		
Name:		Vorname:
Wohnort:		Straße:
Geburtsdatum:		Krankenkasse:
Derzeitiger Aufenthalt:		
2. Diagnosen (Bitte ICD-Codes angeben!)		
 Unfälle während der letzten 5 Jahre <input type="checkbox"/> ja, welche:		
3. Derzeitige Medikation		
4. Suchtkrankheiten		
<input type="checkbox"/> liegen nicht vor <input type="checkbox"/> liegen vor Art der Krankheiten:		
5. Aufnahmebefund		
Größe	gemessen: _____ cm	geschätzt: _____ cm
Gewicht	gewogen: _____ kg	geschätzt: _____ kg
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> kachektisch	
Kostform		
Normalkost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Diätkost	<input type="checkbox"/> ja, welche:	wegen:
Sondenernährung	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Besondere Kostform	<input type="checkbox"/> ja, welche:	

6. Sehfähigkeit			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> blind	
Ursache:			
Brille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Hörfähigkeit			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> taub	
Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Sprechvermögen			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt		
Ursache:			
9. Bewegungsfähigkeit			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt		
Ursache:			
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Prothesen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
10. Geistiger Zustand			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vergesslich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> verwirrt
<input type="checkbox"/> örtl. desorientiert	<input type="checkbox"/> pers. desorientiert	<input type="checkbox"/> zeitl. desorientiert	
<input type="checkbox"/> aggressiv			
<input type="checkbox"/> Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> Selbstgefährdung		
<input type="checkbox"/> Gefährdung anderer	<input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen		
11. Pflegebedarf			
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mundger. Vorbereiten	<input type="checkbox"/> verabreichen
tägliche Körperpflege, waschen, baden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> ganz
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ganz
Pflegerische Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Besondere pflegerische Maßnahmen erforderlich wegen:			
Welche Maßnahmen:			
Ärztliche Behandlung und Überwachung ist notwendig wegen:			

12. Inkontinenz	
Harn	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent Ursache der Inkontinenz:
Stuhl	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent Ursache der Inkontinenz:
Stomaträger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Allergien / Risiken	
14. Hauptgründe für die Aufnahme	
15. Bemerkungen	

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behand. Arztes