

**ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME** zur Vormerkung und Aufnahme

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Zutreffendes ankreuzen X.

1. Name, Vorname			
2. Geburtsdatum			
3. Ist Patient gefähig?	ja <input type="checkbox"/>	mit Hilfe <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
4. Treppensteigen möglich?	ja <input type="checkbox"/>	mit Hilfe <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
5. Ist Patient bettlägrig?	ja, ständig <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
a) Wechseldruckmatratze erforderlich?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
b) Decubitus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
c) Ulcera	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
6. Beherrschung des Stuhlgangs?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	oma <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/>
7. Beherrschung des Urinabgangs?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Puffi <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/>
8. Braucht Hilfe beim	Essen / Trinken <input type="checkbox"/>	Körperpflege <input type="checkbox"/>	/Ankleiden <input type="checkbox"/>
	PEG <input type="checkbox"/>		Auskleiden
	Gehen <input type="checkbox"/>	Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/>	Tag-Nachtrhythmus gestört <input type="checkbox"/>
Aufsuchen und/oder Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/>			
9. Zeitlich orientiert?	ja <input type="checkbox"/>	nicht immer <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
10. Örtlich orientiert?	ja <input type="checkbox"/>	nicht immer <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
11. Persönlich orientiert?	ja <input type="checkbox"/>	nicht immer <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
12. Situativ orientiert?	ja <input type="checkbox"/>	nicht immer <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
13. Weglauftendenz?	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
14. Eigen-/Fremdgefährdung	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
15. Suchtkrankheiten?	?ja, welche <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
16. Körperliche Behinderung(en)?	?ja, Art der Behinderung <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
17. Geistig-seelische Störungen)	?ja, Art <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
18. Besteht Schwerhörigkeit?	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
19. Blind?	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>

20. Diagnose (bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. Therapie:

---

---

---

---

22. Medikation (Druckbuchstaben):

Marcumar

ja

nein

---

---

- |                      |                             |                               |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Port-Katheter     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| b) Tracheostoma      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| c) Herzschrittmacher | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

23. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch ansteckungsfähige Lungentuberkulose gem. § 35 Abs. 4 FGS):

ja  nein

a) MRSA nein  ja

b) Hepatitis A B C nein  ja

c) Andere ansteckende Krankheiten nein  \_\_\_\_\_: ja, welche

24. Bestehen Allergien/Anfallsleiden?

nein  \_\_\_\_\_: ja, welche

25. Empfohlene Unterbringung

Wohnbereich

Wohnen mit Pflegeleistung

26. Wird aus ärztl. Sicht Heimbedürftigkeit

bescheinigt

ja  \_\_\_\_\_ nein

27. Liegt ein Pflegestatus vor ?

nein  \_\_\_\_\_: ja, welche

28. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

---

---

---

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes



