



Ärztliche Beurteilung

Zutreffendes bitte ankreuzen.

1. Persönliche Angaben:

Vor- und Zuname:.....

Geburtsdatum: Gewicht:.....kg

2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten

- Es besteht Gehfähigkeit Immobilität
- Dekubitus vorhanden Dekubitusgefahr Wunden:.....
- Epilepsie
- Tracheostoma, Tracheotomie
- Blaseninkontinenz Dauerkatheter Stuhlinkontinenz
- M. Parkinson
- Allergie gegen:
- Sonstige Erkrankung:

3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen

- Halbseitenlähmung
- Beine Schulter Fuß Oberschenkel Arme
- Querschnittlähmung
- Amputationen:
- Sonstige.....

4. Orientierungsvermögen und Verhalten:

- Desorientierung örtlich
- Desorientierung zeitlich
- Desorientierung zur Person
- Motorische und nächtliche Unruhe
- Depressionen
- Demenz
- Suizidgefahr
- Nichterkennen von Personen
- Halluzinationen
- Selbstgefährdung
- Fremdaggressivität
- Weglauftendenz
-

5. Diagnosen (ersatzweise Diagnoseblatt beifügen):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Medikamentöse Therapie/Schmerzmedikation:

bitte Medikamentenplan beifügen

7. Ernährung: Vollkost Diabetikerdiät Schonkost Flüssignahrung Sondenkost

8. Nachweis gemäß § 48a Abs.2 Bundesseuchen-Gesetz:

Beim Patienten liegt weder ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane noch eine andere ansteckende Krankheit vor.

9. Keimbesiedelung, Infektion

- MRSA, Lokalisation:.....
- MRGN:.....
- Clostridium difficile:
- Sonstiges:.....

10. Empfohlene stationäre Versorgung:

- offener Wohnbereich
- beschützender Wohnbereich

11. Ergänzende Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum, ausfüllender Arzt

- Unsere Einrichtungen sind zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 -

