

Ärztliche Beurteilung (Zutreffendes bitte ankreuzen und zurückmailen oder faxen)

1. Persönliche Angaben:

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum: Größe:cm 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 Arme Schulter Fuß Oberschenkel
- Querschnittlähmung
- Amputationen:
- Sonstiges:

4. Orientierungsvermögen und Verhalten:

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

5. Diagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Medikamentöse Therapie/Schmerzmedikation:

→ bitte Medikamentenplan beifügen

7. Hilfe ist nötig beim:

- Waschen
- Essen
- Gehen
- Waschen
- Trinken
- Transfer
- An- /Auskleiden
- Toilettengang
- Sonstiges:
- Baden
- Treppen steigen
- Frisieren

8. Ernährung:

- Vollkost
- Diabeteskost
- Schonkost
- passierte Kost
- Flüssignahrung

9. Folgende Hilfsmittel werden benutzt:

- Rollator
- Prothesen
- Sonstiges:
- Rollstuhl
- Brille
- Gehstock
- Hörgerät
- Gehgestell
- Orthesen

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

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

11. Keimbesiedelung, Infektion:

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

12. Empfohlene stationäre Versorgung:

- offener Wohnbereich
- beschützender Wohnbereich

13. Corona/ Sars-Cov2-Abfrage (Mehrfachnennung möglich):

- ungeimpft
- geimpft (wenn ja wie oft und wann):
- genesen (wenn ja wann):

14. Ergänzende Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes