

Ärztliche Beurteilung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

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:
- Sonstige:

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
- Hinlauftendenz
- Sonstiges:

5. Diagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Medikamentöse Therapie/Schmerzmedikation:

→ bitte Medikamentenplan beifügen

7. Ernährung:

- Vollkost Diabeteskost Schonkost passierte Kost Flüssignahrung

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

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

12. Ergänzende Anmerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes