



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:

- | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> An- /Auskleiden | <input type="checkbox"/> Baden | <input type="checkbox"/> Frisieren |
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Trinken | <input type="checkbox"/> Toilettengang | <input type="checkbox"/> Treppen steigen | |
| <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> Transfer | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

8. Ernährung:

- Vollkost Diabeteskost Schonkost passierte Kost Flüssignahrung

9. Folgende Hilfsmittel werden benutzt:

- | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Gehgestell |
| <input type="checkbox"/> Prothesen | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Orthesen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | |

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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MRSA, Lokalisation: | <input type="checkbox"/> MRGN, Lokalisation: |
| <input type="checkbox"/> Clostridium difficile: | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Corona/Sars-Cov2: | |

12. Empfohlene stationäre Versorgung:

- offener Wohnbereich beschützender Wohnbereich

13. Ergänzende Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum, (Stempel), Name, Unterschrift des Arztes

- Unsere Einrichtungen sind zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 -

