

Ärztliche Stellungnahme

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Name, Vorname	Anschrift
2. Geburtsdatum	

3. aktuelle Diagnosen:

4. Ist der Patient gehfähig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> nein
5. Treppensteigen möglich?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> nein
6. Ist der Patient bettlägerig? a) Wechseldruckmatratze erforderlich? b) Dekubitus	<input type="radio"/> ja, ständig <input type="radio"/> ja, ständig <input type="radio"/> ja ¹	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein
7. Besteht Harninkontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> DK <input type="radio"/> Puffi
8. Besteht Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Stoma
9. Braucht Hilfe beim	<input type="radio"/> Essen, Trinken	<input type="radio"/> Körper- pflege	<input type="radio"/> Ankleiden, Auskleiden
		<input type="radio"/> Aufstehen aus dem Bett	<input type="radio"/> Aufsuchen oder Benutzen der Toilette
10. Ist der Patient zeitlich orientiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
11. Ist der Patient örtlich orientiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
12. Ist der Patient persönlich orientiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
13. Ist der Patient situativ orientiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
14. Besteht Weglauftendenz?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
15. Besteht Eigen- oder Fremdgefährdung?	<input type="radio"/> ja und zwar		<input type="radio"/> nein
16. Sind Suchtkrankheiten bekannt?	<input type="radio"/> ja, und zwar		<input type="radio"/> nein
17. Körperliche Behinderung(en)?	<input type="radio"/> ja, und zwar		<input type="radio"/> nein

¹ Wenn „JA“ → bitte genaue Beschreibung auf gesondertem Blatt

erarbeitet	freigegeben	Überprüfung März 2010	Seite	1/1
HL	HL		Version	4.0
ärztliche stellungnahme zur heimaufnahme 0308.doc			Stand	03/08

18. Geistig-seelische Störungen?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
19. Sehbehindert?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
20. Besteht Schwerhörigkeit?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
21. Bestehen Allergien oder Anfallsleiden?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
22. Port-Katheter oder ähnl. ?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
23. Tracheostoma / O2-Gerät erforderl. der ähnl. ?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
24. Herzschrittmacher oder ähnl. überwachungspflichtige Implantate?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
25. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?	<input type="radio"/> ja, letzte Untersuchung am:	<input type="radio"/> nein
26. Bekannte, nosokomiale Erkrankungen, insbes. MRSA ?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
27. Spezielle Diät erforderlich ?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
28. Zum Zeitpunkt der Anmeldung aktuelle Medikation:		
30. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:		

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt..

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes

erarbeitet	freigegeben	Überprüfung März 2010	Seite	2/2
HL	HL		Version	4.0
<small>ärztliche stellungnahme zur heimaufnahme 0308.doc</small>			Stand	03/08