

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass meine Patientin / mein Patient

Frau / Herr _____

geb. am _____

frei von ansteckenden Krankheiten gemäß § 6 Infektionsschutzgesetzes ist.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ärztlicher Fragebogen (anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

Vor- und Zuname: _____ Geb. Datum: _____

Körperlicher Zustand/Krankheiten

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Dekubitus: nein ja wo: _____

Kontraktur: nein ja wo: _____

Wundverhältnis: nein ja wo: _____

Hat der Patient eine ansteckende Krankheit: nein ja, welche: _____

Frei von ESBL: ja nein

Frei von MRAB: ja nein

Frei von ORSA: ja nein

Frei von TBC: ja nein

Frei von MRSA: ja nein

Röntgenaufnahmen: ja nein

Bestehen Sucht-
krankheiten: nein ja, _____

Liegen psychische
Störungen vor: nein ja, _____

Fixierung: nein

nach ärztl. Anordnung: seit: _____ Tag/Nacht: _____ h

richterlicher Beschluss liegt vor: seit: _____

Welche Medikamente müssen verabreicht werden? _____

Bewusstsein/Kommunikation

Orientierungsstörungen: zeitlich örtlich persönlich situativ Muttersprache: _____

Patient: wach ansprechbar wird sediert

Artikulations-/Sprachstörungen: _____

Primäre persönliche Bezugsperson/en: _____

Mobilität

	KH	A	B	U	TÜ	VÜ
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen/Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bett aufsuchen/verlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umlagern im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bettlägerig: ja nein

Lagerung: _____

Vitalfunktionen

Atmung: spontan beatmet Sauerstoffgabe _____ ml/h

Tubus, Gr.: _____ seit: _____ Absaugen der Atemwege nach Bedarf erforderlich

Pneumoniegefahr durch: _____

RR/P: _____

Waschen

	KH	A	B	U	TÜ	VÜ		KH	A	B	U	TÜ	VÜ
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mundhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Legende: KH = Keine Hilfe, A = Anleitung, B = Beaufsichtigung, U = Unterstützung, TÜ = Teilweise Übernahme, VÜ = Vollständige Übernahme

Essen & Trinken

Kostform: _____ Sonde: ja nein
 ml/Tag: _____ Art: _____
 Flüssigkeitsaufnahme KH A B U TÜ VÜ Nahrung: _____
 Nahrungsaufnahme Menge ml/h: _____
 Mundgerechte Zubereitung
 Schluckstörungen: ja nein
 Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme erforderlich: ja nein
 Kontrolle der Nahrungsaufnahme erforderlich: ja nein
 Ernährungszustand: gut kachektisch adipös

Ausscheidungen

selbstständige Toilettennutzung: ja nein
 Harninkontinenz: ja nein
 Blasenverweilkatheter: ja nein, liegt seit: _____ suprapubisch transurethral CH: _____
 Stuhlinkontinenz: ja nein
 neigt zu: Obstipation Diarrhöe IKM: _____

Kleiden

	KH	A	B	U	TÜ	VÜ
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ruhen und Schlafen

Schlafgewohnheiten: _____
 Sonstiges: _____

Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> Dusch-/Badeeinsatz	<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Gehhilfe	<input type="checkbox"/> Toilettenaufsatz	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten	<input type="checkbox"/> AD-Matratze	<input type="checkbox"/> _____

Legende: KH = Keine Hilfe, A = Anleitung, B = Beaufsichtigung, U = Unterstützung, TÜ = Teilweise Übernahme, VÜ = Vollständige Übernahme

 - Ort, Datum -

 - Stempel und Unterschrift des Arztes -