Ärztliche Beurteilung

anlässlich der Vormerkung zur Aufnahme

diakoneo
KOMPETENZZENTRUM FORCHHEIM

Beraten - Wohnen - Pflegen

Kompetenzzentrum Forchheim
Sattlertorstr. 48 b
91301 Forchheim

(Stempel der Einrichtung)

Zutreffendes bitte ankreuzen!
Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung in verschlossenem Umschlag an die nebenstehende Anschrift.

Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Abkürzungen:
da = dauernd, re = rechts, li = links, zw = zeitweilig

1. Persönliche Angaben

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten:

☐ Haushalt kann nicht mehr selbstständig geführt werden

- ☐ Es besteht Gehfähigkeit
- ☐ Treppensteigen ist möglich
- ☐ Häufige Bettlägrigkeit
- ☐ Ständige Bettlägrigkeit
- ☐ Dekubitus
- ☐ Blaseninkontinenz
- ☐ Dauerkatheter
- ☐ Mastdarminkontinenz
- ☐ Anus praeter
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Gicht
- ☐ Parkinson
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Epilepsy
- ☐ Lungen-Tbc
  - ☐ inaktiv ☐ aktiv
- ☐ Dauerausscheider
- ☐ Hepatitis Typ _____
- ☐ MRSA - multiresistente Keime
- ☐ Noro-Virus

Allergien gegen: _____

Sonstige Erkrankung: _____

ICD10-Diagnosen

3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:

Lähmungen:	re	li
☐ Halbseitenlähmung	☐	☐
☐ Beine	☐	☐
☐ Arme	☐	☐
☐ Querschnittslähmung		

Versteifungen:	re	li
☐ Wirbelsäule	☐	☐
☐ Schulter	☐	☐
☐ Ellenbogen	☐	☐
☐ Hand/Finger	☐	☐
☐ Hüfte	☐	☐

Versteifungen:	re	li
☐ Knie	☐	☐
☐ Fuß	☐	☐
Amputationen:		
☐ Arm	☐	☐
☐ Hand	☐	☐

Amputationen:	re	li
☐ Finger	☐	☐
☐ Oberschenkel	☐	☐
☐ Unterschenkel	☐	☐
☐ Fuß	☐	☐
☐ Zehen	☐	☐

4. Orientierungsvermögen und Verhalten:

Orientierungsvermögen	da	zw
☐ Desorientierung örtl.	☐	☐
☐ Desorientierung zeitl.	☐	☐
☐ Nicht erkennen von Personen	☐	☐

Verhalten:	da	zw
☐ Motorische Unruhe	☐	☐
☐ Depressionen	☐	☐
☐ Halluzinationen	☐	☐
☐ Nächtliche Unruhe	☐	☐

	da	zw
☐ Neigung z. Weglaufen	☐	☐
☐ Demenz	☐	☐
☐ selbstgefährdend	☐	☐
☐ fremdgefährdend	☐	☐
☐ Suizidgefahr	☐	☐

Gemütsstimmunen:	da	zw
☐ freundlich	☐	☐
☐ willig	☐	☐
☐ aggressiv	☐	☐

5. Behinderungen und Störungen:

Geistige Behinderung; Art: _____

_____

Körperliche Behinderung; Art: _____

Sinnesbehinderung:

- ☐ Motorische Sprachstörung
- ☐ Sensorische Sprachstörung
- ☐ Eingeschränktes Sehvermögen
- ☐ Brillenträger
- ☐ erblindet
- ☐ schwerhörig
- ☐ Hörgerät-Träger
- ☐ ertaubt

6. Suchtabhängigkeit:

☐ Alkohol ☐ Medikamente, hier: _____

7. An Hilfsmitteln werden benutzt:

- ☐ Handstock
- ☐ Gehstöcke
- ☐ Prothesen
- ☐ Gehgestell
- ☐ Krankenfahrstuhl/Rollstuhl
- ☐ Orthopädische Schuhe
- ☐ Brille
- ☐ Hörgerät

Sonstige, und zwar: _____

_____

8. Fremde Hilfe ist nötig beim:

- ☐ Essen
- ☐ Waschen
- ☐ Baden
- ☐ Frisieren/Rasieren
- ☐ An-/Auskleiden
- ☐ Aufstehen/zu Bett gehen
- ☐ Benutzung der Toilette
- ☐ Gehen
- ☐ Treppensteigen
- ☐ Fahren im Krankenfahrstuhl
- ☐ _____

_____

9. Letzte Stationäre Behandlung:

☐ Allgemeinkrankenhaus ☐ Psychiatrisches Krankenhaus, psychiatrische Abteilung:

Datum: _____ Ort: _____ Grund: _____

10. Diagnosen:

_____

11. Medikamentöse Therapie:

_____

12. Ernährung:

☐ Vollkost ☐ Zuckerdiät ☐ Leichte Kost (salzarm) ☐ Flüssignahrung

13. Nachweis gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz - IfSG

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

14. Empfohlene stationäre Versorgung: Patient sollte aufgenommen werden

☐ im Altenheim (Wohnbereich) ☐ im Pflegeheim (Pflegebereich) ☐ in einer beschützenden Abteilung

15. Ergänzende Anmerkungen:

_____

16. Pflegegrad:

derzeitiger Pflegegrad _____ **festgestellt am:** _____

Datum _____ Ort _____ Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes