Ärztliche Beurteilung

anlässlich der Vormerkung zur Aufnahme

BODELSCHWINGH-HAUS

Bodelschwingh-Haus
Habichtstr. 14
91056 Erlangen

(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: _____

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