

(vom zuletzt behandelnden Haus- oder Krankenhausarzt auszufüllen)

Gesundheitszustand von Herrn/Frau

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Straße und Hausnummer)

(Wohnort)

1. Körperlicher Befund (körperliche Konstitution):

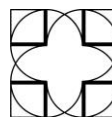
2. Allgemeinzustand (in Bezug auf Ernährung, Kräfte, Hilfebedürftigkeit):

3. Nervensystem / funktionelle Einbußen:

4. Innere Organe:

5. Vegetative Funktionen:

6. Bewegungsapparat (funktionelle Beeinträchtigungen):



7. Psychischer Befund (Stimmungslage, Intellekt, Verhalten):

8. Liegt eine Demenz vor? ja nein

9. Medikamente:

Psychopharmaka ja nein

Schmerzmedikation ja nein

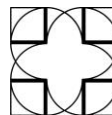
10. Angaben zu Aktivitäten des Lebens (*Zutreffendes bitte ankreuzen, sofern bekannt*)

Hilfe zur körperlichen Pflege notwendig beim...

	<u>ja</u>	<u>nein</u>
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen, Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlegen orthopädischer Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberhalten wegen Blasen- und Mastdarmschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern zur Nachtruhe und besondere Aufsicht über Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfe zur Teilnahme am Gemeinschaftsleben notwendig, weil Patient/in ...

	<u>ja</u>	<u>nein</u>
völlig bettlägerig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht allein gehen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr beschwerlich geht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Rollstuhl benutzen muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich nur in einer Gemeinschaft sinnvoll beschäftigen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwer hört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlecht sieht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



11. Sonstige Angaben

Körpergewicht ca. _____ kg

Folgende **Hilfsmittel** werden z.Zt. benutzt (Körperersatzstücke, Suspensorien, Colostomiebeutel, Bruchbänder):

Besondere Erfordernisse (z.B. Diät):

Eine **laufende ärztliche und medikamentöse Behandlung** ist

erforderlich nicht erforderlich

wenn erforderlich:

Angaben zur ärztlichen Behandlung (z.B. *regelmäßige Untersuchung, Blutabnahme, Wundversorgung, Medikamentengabe*):

Liegen **infektiöse Erkrankungen** vor? ja nein

Wenn ja, folgende: _____

Ist der Patient / die Patientin **frei von ansteckungsfähiger Tuberkulose der Atmungsorgane?**

ja nein

Weitere Angaben, die das Wohn- und Pflegeheim aus ärztlicher Sicht wissen sollte:

(Datum)

(Unterschrift)

(Praxisstempel)