

*(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:**

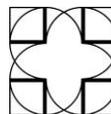
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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. Liegt eine Arzneimittelunverträglichkeit und / oder eine Allergie vor?**

nein       ja, und zwar: \_\_\_\_\_

---

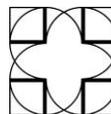
**11. Angaben zu Aktivitäten des Lebens** (*Zutreffendes bitte ankreuzen, sofern bekannt*)

**Hilfe zur körperlichen Pflege notwendig beim...**

	<b><u>ja</u></b>	<b><u>nein</u></b>
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 ...**

	<b><u>ja</u></b>	<b><u>nein</u></b>
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"/>



**12. Sonstige Angaben**

**Körpergewicht** ca. \_\_\_\_\_ kg

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

---

**Liegen besondere Erfordernisse im Bereich der Ernährung vor?**

(Einzuhaltende Diät, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Nahrungsmittelallergie, Enterale Ernährung, etc.)

---

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)