

## Ärztlicher Bericht zum Antrag um Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim

Frau/Herr

SVNr:

Derzeit bestehende Krankheiten: aktuelle medizinische Diagnosen:

---

---

---

---

Bestehen psychische Erkrankungen/ geistige Behinderungen Ja  Nein   
Wenn ja, welche?

---

---

Liegt eine bekannte Demenz vor? Ja  Nein   
Wenn ja, gibt es einen fachärztlichen Befund? Ja  Nein   
Wenn ja, liegt eine Weglauftendenz vor? Ja  Nein

Bestehen depressive Phasen? Ja  Nein   
Wenn ja, seit wann:

Bestehen aggressive Phasen? Ja  Nein   
Wenn ja, seit wann:

Besteht eine Selbstgefährdung? Ja  Nein   
Besteht eine Fremdgefährdung? Ja  Nein   
Besteht eine Verwahrlosung? Ja  Nein

Bestehen Suchtkrankheiten? Ja  Nein   
Wenn ja,  
 Medikamente  
 Alkohol  
 Drogen  
 Sonstiges

Hat der Patient/die Patientin ansteckende/meldepflichtige Krankheiten?

TBC Ja  Nein   
Hepatitis B/C Ja  Nein   
Multiresistente Keime: MRSA   
ESBL   
Lokalisation:

Letztes Lungenröntgen: \_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt?

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

Ist der Patient Diabetiker? Ja  Nein   
Ist eine Diätkost erforderlich? Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liegt eine Adipositas vor? Ja  Nein

Liegt eine Mangelernährung vor? Ja  Nein   
Wird der Patient mittels PEG-Sonde ernährt? Ja  Nein

### Orientierung

zeitlich:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilweise orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
örtlich:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilweise orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
situativ:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilweise orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
persönlich:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilweise orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert

besteht eine Tag-Nacht-Umkehr? Ja  Nein

### Kommunikation

Ungestörte Kommunikation: Ja  Nein   
Sehbehinderung: Ja  Nein   
Hörbehinderung: Ja  Nein   
Sprachbehinderung: Ja  Nein

Harninkontinenz Ja  Nein  Stuhlinkontinenz Ja  Nein

Blasen- oder Supra] ubischer Katheter Ja  Nein

**Mobilität**

Selbstständig mobil

Ja  Nein

mit Unterstützung mobil

Ja  Nein

Werden Gehhilfen benötigt?

Ja  Nein

Besteht eine erhöhte Sturzgefahr?

Ja  Nein

Wenn ja, wie oft:

Verletzungsgefahr (bekanntes erhöhtes Frakturrisiko)

Ja  Nein

Derzeitige Behandlungen und Therapien:

---

---

---

**Medikamentöse Therapie (bzw. Ausdruck der Verordnung):**

	Früh	Mittag	Abend	Nacht

**Anmerkung:**

**Begründung aus Sicht des Arztes, warum eine Heimaufnahme erforderlich ist:**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes/der Ärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel