

Ärztlicher Bericht
zum Antrag um Aufnahme in ein NÖ Pflegeheim

Frau/Herr _____ geb. am: _____

Derzeit bestehende Krankheiten, Leiden und Gebrechen; aktuelle medizinische Diagnosen:

Bestehen psychische Erkrankungen – welche? Ja Nein

- Bestehen depressive Phasen, seit wann? Ja Nein
- Bestehen aggressive Phasen, seit wann? Ja Nein
- Besteht Selbst- oder Fremdgefährdung, in welcher Form? Ja Nein
- Besteht Gefahr f. Gesundheit u. Leben durch Verwahrlosung, in welche Form? Ja Nein
- Besteht eine geistige Minderbegabung? Ja Nein

Bestehen Suchtkrankheiten – welche? Ja Nein

Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis Ja Nein

Ist der Patient Keimträger MRSA ESBL Lokalisation

Zuletzt durchgeführte Behandlungen und Therapien:

Medikamentöse Therapie:

Stationäre Voraufenthalte (wo und wann) in den letzten beiden Jahren?

Fachärztliche Behandlungen:

- Magensonde: Ja Nein • PEG-Sonde: Ja Nein
- Besteht Inkontinenz: Ja Nein
- Stressinkontinenz Dranginkontinenz Funktionelle Inkontinenz
- Reflexurininkontinenz Stuhlinkontinenz
- Katheter: Ja Nein
- Trachealkanüle Ja Nein • Beatmet: Ja Nein

Psychischer Status:

Örtliche und zeitliche Orientierung:

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| • voll orientiert | <input type="checkbox"/> | • wechselnd orientiert | <input type="checkbox"/> |
| • leicht desorientiert | <input type="checkbox"/> | • desorientiert | <input type="checkbox"/> |
| | | • Tag/Nacht Umkehr | <input type="checkbox"/> |

äußert sich durch: _____

Mobilität:

Situation in den Nachtstunden:

- | | |
|--|--------------------------|
| • gelegentliche Schlafunterbrechung | <input type="checkbox"/> |
| • häufige Schlafunterbrechung ohne triviale Unruhe | <input type="checkbox"/> |
| • zeitweise Schlafunterbrechung mit trivialer Unruhe | <input type="checkbox"/> |
| • nächtliche Verwirrtheit mit trivialer Unruhe | <input type="checkbox"/> |

Kommunikationsfähigkeit und Sozialkontakte:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| • ungestörte Kommunikation | <input type="checkbox"/> |
| • Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> |
| • Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> |
| • Sprachbehinderung | <input type="checkbox"/> |

Wird eine bestimmte Kostform (Diät) benötigt – welche?

Ernährung:

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Adipositas | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Mangelernährung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gefahr der Mangelernährung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Normalgewichtig | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Anmerkungen: (Warum ist eine Pflege zu Hause nicht möglich? Übergangspflege? Prognose des Gesundheitszustandes, etc.):

Datum

Name des Arztes (leserlich)

Unterschrift und Stampiglie