

Hausärztlicher Bericht

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____ für die Heimaufnahme
Ihres Patienten bitten wir Sie um schnellstmögliche Bearbeitung und Rückfax.

(Bitte leserlich ausfüllen!)

Vielen Dank für Ihr Mitwirken. Mit freundlichen Grüßen Sozialdienst/Frau Knauer und Frau Friesch

1. Persönliche Daten

Vor- und Nachname, Geburtsdatum: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 Einstufungsantrag gestellt ;

Krankenkasse: _____ Versichertennr. _____

2. Diagnose und Prognose

Diagnose: _____

Bestehen Ihres Wissens ansteckende Krankheiten? (Bitte ggf. ärztliches Zeugnis beifügen)

nein ja, welche?: _____

Gibt es einen Hinweis auf Lungentuberkulose nach §36 IfSG? ja nein
(unbedingt ankreuzen!)

3. Aktuelle Medikamente mit Bedarfsmedikation (Mengenangabe):

Medikamentenname	Früh	Mittag	Spät	zur Nacht	Nach Bedarf

4. Besteht Ihres Wissens ein auffälliges Suchtverhalten? ja nein

Wenn ja, welches? _____

5. Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

6. Ernährung normal Diät, und zwar: _____

7. Besteht ein Dekubitus, Hautausschläge und/oder andere Wunden? ja nein

Wenn ja, Größe, Lokalisation, Behandlung:

8. Liegt Inkontinenz vor?

Harninkontinenz ja nein gelegentlich keine Aussage möglich
Stuhlinkontinenz ja nein gelegentlich keine Aussage möglich

9. Hat der Patient einen transurethralen Katheter suprapubischen Katheter

ein Stoma eine Prothesenversorgung, welche: _____

10. Sinnesorgane

Sehen normal reduziert (nahezu) blind
Hören normal reduziert (nahezu) taub
Sprechen normal reduziert (nahezu) nicht mehr möglich

11. Ist Ihr Patient orientiert?

zeitlich: immer teilweise selten orientiert keine Aussage möglich
örtlich: immer teilweise selten orientiert keine Aussage möglich
situativ: immer teilweise selten orientiert keine Aussage möglich
zur Person: immer teilweise selten orientiert keine Aussage möglich

12. Tritt psychisch verändertes Verhalten auf?

Aggressivität: ja nein gelegentlich keine Aussage möglich
Wenn ja, dann: verbal tätlich
Motorische Unruhe: ja nein gelegentlich keine Aussage möglich
Innere Unruhe: ja nein gelegentlich keine Aussage möglich
Depressive Verstimmung: ja nein gelegentlich keine Aussage möglich
Wahnideen: ja nein gelegentlich keine Aussage möglich

Wenn ja, welche: _____

13. Ist der Tag-/Nachtrhythmus gestört?

ja nein gelegentlich keine Aussage möglich

14. Besteht eine: Weglaufgefährdung? ja nein
Sturzgefährdung? ja nein

15. Sehen Sie einen Hilfebedarf bei der Mobilität? Wenn ja, welchen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes
