

Name, Vorname:.....Geburtsdatum:.....

Aktuelle Größe:.....Gewicht:.....BMI:.....

Hauptdiagnosen:.....

Weitere Diagnosen und Symptome:.....

Suchtkrankheit Nein Ja, welche?.....  
Ansteckende Krankheit Nein Ja, welche?.....  
Multiresistente Keime Nein Ja, welche & wo?  
.....

Allergien Nein Ja, welche?.....

Sprachstörung Nein Ja, welche?.....  
Kontrakturen Nein Ja, welche Gelenke?.....  
Dekubitus/chron. Wunden Nein Ja, welche, wo?.....  
Inkontinenz Nein Ja, Hilfsmittel?.....  
Schmerzpatient Nein Ja, Lokalisation und Therapie?.....

Bei Ja, bitte entsprechende Verordnungen beilegen

Aktuelle Medikation: Bitte eine separate Verordnung beifügen

Gefahr der Mangelernährung Nein Ja, Maßnahmen?.....  
Gefahr der Dehydratation Nein Ja, Maßnahmen?.....  
Schluckstörung Nein Ja, Maßnahmen?.....

Besondere Ernährung erforderlich  Nein  Ja, welche?.....

Besonderheiten(Zutreffendes bitte ankreuzen):

Unruhe  tags /  nachts  ausgeprägtes Laufbedürfnis  
Liegen Orientierungsprobleme zur Person/zeitlich/örtlich vor, wenn ja welche?  
.....

Werden weitere Hilfsmittel benötigt, wie z.B. Gehhilfen, wenn ja, welche?  
.....

Die Aufnahme in ein Heim ist mit dem Patienten besprochen.

Der Patient ist:  einverstanden  
 nicht einverstanden  
 Verständigung nicht möglich  
 Die Aufnahme in ein Pflegeheim wird aus ärztlicher Sicht befürwortet

Datum / Unterschrift des Arztes:.....