

Ärztlicher Bericht

Zur Anmeldung oder Vormerkung in der Seniorenresidenz Lindenpark

1. Persönliche Daten	
Name:	Vorname:
Wohnort:	Straße:
Geburtsdatum:	Krankenkasse:
Derzeitiger Aufenthalt:	
2. Diagnosen (Bitte ICD-Codes angeben!)	
<p>Unfälle während der letzten 5 Jahre <input type="checkbox"/> ja, welche:</p>	
3. Derzeitige Medikation	
4. Art und Umfang der Beatmung (falls keine Beatmung, weiter mit Punkt 5)	
Art	<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> invasiv
Dauer	<input type="checkbox"/> 24 Stunden <input type="checkbox"/> zur Nacht <input type="checkbox"/> anderer Zeitraum:
Beatmungsgerät:	_____
Beatmungsmodus:	_____
Beatmungsparameter:	_____

Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> chirurgisch <input type="checkbox"/> punktiert
	Größe: _____
	Art: _____
aktive Befeuchtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Suchtkrankheiten			
<input type="checkbox"/> liegen nicht vor	<input type="checkbox"/> liegen vor		
Art der Krankheiten:			
6. Aufnahmebefund			
Größe	gemessen: _____ cm	geschätzt: _____ cm	
Gewicht	gewogen: _____ kg	geschätzt: _____ kg	
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	
	<input type="checkbox"/> kachektisch		
Kostform			
Normalkost	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Diätkost	<input type="checkbox"/> ja, welche:	wegen:	
Sondenernährung	<input type="checkbox"/> ja, welche:		
Besondere Kostform	<input type="checkbox"/> ja, welche:		
7. Sehfähigkeit			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> blind	
Ursache:			
Brille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Hörfähigkeit			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> taub	
Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Sprechvermögen			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt		
Ursache:			
10. Bewegungsfähigkeit			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt		
Ursache:			
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Prothesen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
11. Geistiger Zustand			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vergesslich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> verwirrt
<input type="checkbox"/> örtl. desorientiert	<input type="checkbox"/> pers. desorientiert	<input type="checkbox"/> zeitl. desorientiert	
<input type="checkbox"/> aggressiv			
<input type="checkbox"/> Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> Selbstgefährdung		
<input type="checkbox"/> Gefährdung anderer	<input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen		

12. Pflegebedarf	
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mundger. Vorbereiten <input type="checkbox"/> verabreichen
tägliche Körperpflege, waschen, baden	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> ganz
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> ganz
Pflegerische Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:
Besondere pflegerische Maßnahmen erforderlich wegen:	
Welche Maßnahmen:	
Ärztliche Behandlung und Überwachung ist notwendig wegen:	
13. Inkontinenz	
Harn	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent
	Ursache der Inkontinenz:
Stuhl	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent
	Ursache der Inkontinenz:
Stomaträger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Impfungen	
Corona	Anzahl der Impfungen: _____ Letzte Impfung am: _____
15. Allergien / Risiken	
16. Hauptgründe für die Aufnahme	
17. Bemerkungen	