



Ärztlicher Bericht

Zur Aufnahme in das Pflegeheim Wiedenhöfer-Stift

Pflege Kurzzeitpflege Betreutes Wohnen Tagespflege

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____ Pflegegrad: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

1. Welche Krankheiten und Leiden liegen vor? (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Diagnosen: _____

1.1 Ansteckende Krankheiten(z.B. Hepatitis, MRSA, Tbc): nein

ja _____

1.2 Suchtkrankheiten: nein ja _____

2. Gesundheitszustand

2.1 Allgemeinzustand: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

2.2 Körperliche Behinderung – Art: _____

häufig bettlägerig: ja nein

2.3 Bewegungsfähigkeit : ja nein

Eingeschränkt durch: Missbildungen Lähmungen Versteifungen

2.4 Sinnesorgane:

Sehfähigkeit: normal eingeschränkt

Hörfähigkeit: normal eingeschränkt

Sprachstörungen: ja nein

Bitte wenden!

| | | | | | |
|---------------------------------------|-------------|-------------------|----------|---------------|-----------------|
| DSP Version 4.0 | Bearbeitung | Bearbeitungsdatum | Freigabe | Freigabedatum | Geltungsbereich |
| 1/02 | QMB | 09.10.2023 | Vorstand | 09.10.2023 | WST |
| QMH K 1.2 FO 1 Ärztlicher Bericht WST | | | | | Seite 1 von 2 |

2.5. Geistiger Zustand:

- normal verwirrt psychisch krank
 unruhig tags nachts
 örtlich desorientiert zeitlich desorientiert

3. Gemütsstimmung:

- willig freundlich verdrießlich

4. Verpflegung:

- Normalkost Schonkost Diabetikerkost Sonstiges: _____

5. Pflegebedürftigkeit liegt vor und vollstationärer Aufenthalt ist notwendig:

- ja nein

6. Wenn Pflegebedürftigkeit nicht vorliegt:

(bei Aufnahme Betreutes Wohnen oder Tagesgruppe)

- Unvermögen, den eigenen Haushalt weiter zu führen
 Einkaufen Hausarbeit Kehrwoche
 Mahlzeiten zubereiten notwendige Körperpflege
 Hilflosigkeit bei Krankheit Umgang mit Gas, Strom, Wasser

7. Überwachung der Medikamenteneinnahme: ja nein

7.1 Ständige Medikamente: Bitte aktuelle Medikamentenliste beifügen

7.2 Medikamente bei Bedarf: _____

8. Besondere Hinweise (z.B. PEG-Sonde, SPK,...): _____

9. Sind sie als Hausarzt bereit, im Heim weiterzubehandeln? ja nein

_____, den _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

| | | | | | |
|---------------------------------------|-------------|-------------------|----------|---------------|-----------------|
| DSP Version 4.0 | Bearbeitung | Bearbeitungsdatum | Freigabe | Freigabedatum | Geltungsbereich |
| 1/02 | QMB | 09.10.2023 | Vorstand | 09.10.2023 | WST |
| QMH K 1.2 FO 1 Ärztlicher Bericht WST | | | | | Seite 2 von 2 |