



ÄRZTLICHER BERICHT

Zur Aufnahme in ambulant betreute Wohngemeinschaft seniorengerechtes Wohnen

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____ Pflegegrad: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

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

Diagnosen: _____

Diabetes mellitus ja nein

Demenziell erkrankt ja nein

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 mit Hilfsmittel mobil

Eingeschränkt durch: Missbildungen Lähmungen Versteifungen

sturzgefährdet ja nein

2.4 Sinnesorgane:

Sehfähigkeit: normal eingeschränkt Sehhilfe ja nein

Hörfähigkeit: normal eingeschränkt Hörgerät ja nein

Sprachstörungen: ja nein

DSP Version 4.0	Bearbeitung	Bearbeitungsdatum	Freigabe	Freigabedatum	Geltungsbereich
1/00	QMB	11.01.2024	Vorstand	11.01.2024	HFG_WG
QMH K 1.15. FO 2 Ärztlicher Bericht Amb. Betreute Wohngemeinschaft					Seite 1 von 2

2.5. Geistiger Zustand:

- normal verwirrt psychisch krank
 unruhig tagsüber nachts
 örtlich desorientiert zeitlich desorientiert zur Person desorientiert

2.6 Harninkontinenz ja nein Stuhlinkontinenz ja nein

2.7 Schmerzen akut ja nein chronisches Schmerzsyndrom ja nein

aktuelle Schmerzbehandlung _____

2.8 Bestehen zur Zeit Wunden? nein ja, _____

Wundbehandlung mit? _____

3. Gemütsstimmung:

- willig freundlich verdrießlich

4. Besonderheiten bei der Verpflegung:

5. Pflegebedürftigkeit liegt vor und vollstationärer Aufenthalt ist notwendig: ja nein

6. Wenn Pflegebedürftigkeit nicht vorliegt:

- 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 Hofgarten weiter zu behandeln? ja nein

_____, den _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

DSP Version 4.0	Bearbeitung	Bearbeitungsdatum	Freigabe	Freigabedatum	Geltungsbereich
1/00	QMB	11.01.2024	Vorstand	11.01.2024	HFG_WG
QMH K 1.15. FO 2 Ärztlicher Bericht Amb. Betreute Wohngemeinschaft					Seite 2 von 2