

Stephanus Stift  
 Oberjesinger Str.19  
 71083 Herrenberg-Kuppington  
 Telefon: 07032 206 2600  
 Telefax: 07032 206 2699  
 Email: e.deaconu@evdiak.de

## Ärztlicher Bericht

Zur Aufnahme in das Stephanus-Stift

☐ Pflege      ☐ Kurzzeitpflege      ☐ 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!

**2.5. Geistiger Zustand:**

|                                       |             |                   |          |               |                 |
|---------------------------------------|-------------|-------------------|----------|---------------|-----------------|
| DSP Version 4.0                       | Bearbeitung | Bearbeitungsdatum | Freigabe | Freigabedatum | Geltungsbereich |
| 1/01                                  | QMB         | 26.10.2025        | Vorstand | 26.10.2025    | SST             |
| QMH K 1.2 FO 7 Ärztlicher Bericht SST |             |                   |          |               | Seite 1 von 2   |

- ☐ 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 |
| 1/01                                  | QMB         | 26.10.2025        | Vorstand | 26.10.2025    | SST             |
| QMH K 1.2 FO 7 Ärztlicher Bericht SST |             |                   |          |               | Seite 2 von 2   |