

Ärztlicher Bericht zum Antrag um Aufnahme in ein NÖ Pflegeheim

Frau/Herr

geb. am:

Derzeit bestehende Krankheiten, Leiden und Gebrechen: aktuelle medizinische Diagnosen:

Bestehen psychische Erkrankungen – welche?	Ja ☐	Nein ☐
• Bestehen depressive Phasen, seit wann?	Ja ☐	Nein ☐
• Bestehen aggressive Phasen, seit wann?	Ja ☐	Nein ☐
• Besteht Selbst- oder Fremdgefährdung, in welcher Form?	Ja ☐	Nein ☐
• Besteht Gefahr f. Gesundheit u. Leben durch Verwahrlosung, in welche Form?	Ja ☐	Nein ☐
• Besteht eine geistige Minderbegabung?	Ja ☐	Nein ☐
Bestehen Suchtkrankheiten – welche?	Ja ☐	Nein ☐

Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis	Ja ☐	Nein ☐
Ist der Patient Keimträger	MRSA ☐	ESBL ☐
		Lokalisation

Zuletzt durchgeführte Behandlungen und Therapien:

Medikamentöse Therapie:

Stationäre Voraufenthalte (wo und wann) in den letzten beiden Jahren?

Fachärztliche Behandlungen:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Magensonde: Ja ☐ Nein ☐ • Besteht Inkontinenz: Ja ☐ Nein ☐ <li style="padding-left: 20px;">Stressinkontinenz ☐ Dranginkontinenz ☐ Funktionelle Inkontinenz ☐ <li style="padding-left: 20px;">Reflexurininkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz ☐ • Katheter: Ja ☐ Nein ☐ • Trachealkanüle Ja ☐ Nein ☐ | <ul style="list-style-type: none"> • PEG-Sonde: Ja ☐ Nein ☐ • Beatmet: Ja ☐ Nein ☐ |
|--|--|

Psychischer Status:

Örtliche und zeitliche Orientierung:

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| • voll orientiert | ☐ | • wechselnd orientiert | ☐ |
| • leicht desorientiert | ☐ | • desorientiert | ☐ |
| | | • Tag/Nacht Umkehr | ☐ |

äußert sich durch:

Mobilität:

Situation in den Nachtstunden:

- | | |
|--|--------------------------|
| • gelegentliche Schlafunterbrechung | ☐ |
| • häufige Schlafunterbrechung ohne triviale Unruhe | ☐ |
| • zeitweise Schlafunterbrechung mit trivialer Unruhe | ☐ |
| • nächtliche Verwirrtheit mit trivialer Unruhe | ☐ |

Kommunikationsfähigkeit und Sozialkontakte:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| • ungestörte Kommunikation | ☐ |
| • Sehbehinderung | ☐ |
| • Hörbehinderung | ☐ |
| • Sprachbehinderung | ☐ |

Wird eine bestimmte Kostform (Diät) benötigt – welche?

Ernährung:

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Adipositas | ja ☐ | nein ☐ |
| Mangelernährung | ja ☐ | nein ☐ |
| Gefahr der Mangelernährung | ja ☐ | nein ☐ |
| Normalgewichtig | ja ☐ | nein ☐ |

Anmerkungen: (Warum ist eine Pflege zu Hause nicht möglich? Übergangspflege? Prognose des Gesundheitszustandes, ect.):

Datum

Name des Arztes (leserlich)

Unterschrift und Stampiglie