

Ärztlicher Bericht

zum Ersuchen um Aufnahme in ein NÖ Pflegeheim / Übergangspflege /
Kurzzeitpflege

Frau/Herr _____ geb. am: _____

Derzeit bestehende aktuelle medizinische Diagnosen:

Bestehen psychische Erkrankungen – Welche? Symptomatik? Ja Nein

- Bestehen depressive Phasen, **seit** _____ Ja Nein
- Bestehen aggressive Phasen, **seit** _____ Ja Nein
- Besteht **Selbstgefährdung** – in welcher Form? Ja Nein

Beschreibung:

- Besteht **Fremdgefährdung**, in welcher Form? Ja Nein

Beschreibung:

- Besteht **Gefahr f. Gesundheit u. Leben durch Verwahrlosung**, in welcher Form? Ja Nein

Beschreibung:

- Besteht eine **geistige Minderbegabung**? Ja Nein

- Bestehen **Suchtkrankheiten** – welche? Ja Nein
-

Isolierung erforderlich? Ja Nein

Grund:

Zuletzt durchgeführte **Behandlungen und Therapien:**

Medikamentöse Therapie:

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

Fachärztliche Behandlungen:

- **Magensonde:** Ja Nein
- **PEG-Sonde:** Ja Nein
- Besteht **Inkontinenz:** Ja Nein
Stressinkontinenz Dranginkontinenz Funktionelle Inkontinenz
Reflexurininkontinenz Stuhlinkontinenz
- **Katheter:** Ja Nein
- **Trachealkanüle** Ja Nein

- **Beatmet:** Ja Nein

Weitere Informationen (z.B. nähere Beschreibung der erforderlichen Beatmung)

Örtliche, zeitliche und situative Orientierung und zur Person

- voll orientiert
- leicht desorientiert
- Tag/Nacht Umkehr
- wechselnd orientiert
- desorientiert

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
 - Beeinträchtigt durch psych.Erkrankung
-

Ernährung – Wird eine bestimmte Kostform (Diät) benötigt – welche?

Adipositas	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mangelernährung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gefahr der Mangelernährung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Normalgewicht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges: (Unverträglichkeiten, Diäten)		

Prognose des Gesundheitszustandes

Begründung für den Bedarf an

stationärer Betreuung und Pflege

Übergangspflege

Kurzzeitpflege

Datum

Name des Arztes (leserlich)

Unterschrift, Stampiglie