

Ärztlicher Bericht

- Haus Kalixtenberg in Weilheim
- Fickerstift im Kurt-Stocker-Haus in Kirchheim unter Teck
- Steingautstift in Kirchheim unter Teck
- Tageszentrum im Isolde-Kurz-Haus in Kirchheim unter Teck
- Neckarstift in Nürtingen-Neckarhausen
- Haus im Park in Wendlingen
- Seniorenzentrum Hattenhofen
- Haus am Schönrain Neckartenzlingen
- Seniorenzentrum Geislingen

- ins Tageszentrum
- Betreutes Wohnen
- als Kurzzeitpflege
- als Dauerpflege

Name _____
 Geburtstag _____
 Telefon _____

Vorname _____
 Wohnort _____
 Straße _____

Krankenkasse/Pflegekasse/Beihilfe _____

Diagnose:

ansteckende Krankheiten: ja nein

Tuberkulose: ja nein

Bemerkungen: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Sondenernährung ja nein

Diät notwendig: ja welche: _____

nein wieviel BE/Tag: _____

Gründe für die Aufnahme:

Sehfähigkeit ist eingeschränkt nein ja, durch _____

Hörfähigkeit ist eingeschränkt nein ja, durch _____

Bewegungsfähigkeit ist eingeschränkt nein ja, durch _____

Orientierung:

zeitliche Orientierung ist eingeschränkt nein ja, _____

örtliche Orientierung ist eingeschränkt nein ja, _____

Nahrungsaufnahme:

- | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infusion/Sonde | <input type="checkbox"/> nimmt mundgerecht zubereitete Kost selbständig ein |
| <input type="checkbox"/> braucht umfassende Hilfe | <input type="checkbox"/> ißt selbständig |
| <input type="checkbox"/> passierte Kost | |

Ausscheidungen

- Urin- und/oder Stuhlinkontinenz
- geht zwar alleine zur Toilette, kommt aber manchmal zu spät
- kann Ausscheidungen kontrollieren, braucht aber Hilfe
- kontrolliert alle Ausscheidungen, braucht keine Hilfe

Hygiene

- | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> braucht umfassende Hilfe | <input type="checkbox"/> braucht geringfügige Hilfe, z. B. bei den Nägeln |
| <input type="checkbox"/> braucht teilweise Hilfe | <input type="checkbox"/> pflegt sich ohne Hilfe |

Ankleiden

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> braucht umfassende Hilfe | <input type="checkbox"/> zieht sich alleine an, nicht immer Anlaß und Jahreszeit entsprechend |
| <input type="checkbox"/> braucht teilweise Hilfe | |
| <input type="checkbox"/> kleidet sich selbständig und korrekt | |

Schlafverhalten

- | | |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schläft tagsüber, nachts wach | <input type="checkbox"/> Einschlafschwierigkeiten, frühes Erwachen |
| <input type="checkbox"/> zeitweiliges nächtliches Umherirren | <input type="checkbox"/> ausreichender, ruhiger Schlaf |

Mobilität

- | | |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ständig bettlägrig | <input type="checkbox"/> kann mit technischen Hilfen alleine gehen/stehen |
| <input type="checkbox"/> kann nicht stehen und nicht gehen | <input type="checkbox"/> kann stehen/gehen, jedoch sturzgefährdet |
| <input type="checkbox"/> kann nur mit Unterstützung gehen/stehen | |
| <input type="checkbox"/> kann sicher und alleine gehen/stehen | |

Sozialverhalten

- | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autoaggressivität | <input type="checkbox"/> Weglauftendenzen |
| <input type="checkbox"/> Fremdaggressivität | <input type="checkbox"/> Bindungslosigkeit/-unfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Suizid tendenz | <input type="checkbox"/> soziale Bindungen vorhanden, kontaktfähig |
| <input type="checkbox"/> Suchtproblematik: _____ | |

Für die Richtigkeit der Angaben

_____, den _____
Ort Datum

Stempel u. Unterschrift des Arztes