

Ärztlicher Bericht

zum Antrag 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 erforderl. Beatmung)

Örtliche, zeitliche und situative Orientierung und zur Person

- voll orientiert
- leicht desorientiert
- wechselnd orientiert
- 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
 - 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"/>
Normalgewichtig	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 und Stampiglie