



## Ärztlicher Bericht

Zur Aufnahme in das Haus Weitblick

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

DSP Version 4.0	Bearbeitung	Bearbeitungsdatum	Freigabe	Freigabedatum	Geltungsbereich
1/00	QMB	08.02.2023	Vorstand	15.02.2023	WBA
QMH K 1.2 FO20 Ärztlicher Bericht WBA					Seite 1 von 2

Bitte wenden!

2.5. Geistiger Zustand:

- 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
1/00	QMB	08.02.2023	Vorstand	15.02.2023	WBA
QMH K 1.2 FO20 Ärztlicher Bericht WBA					Seite 2 von 2