



# Ärztliche Beurteilung

· Zutreffendes bitte ankreuzen.

## 1. Persönliche Angaben:

Vor- und Zuname:.....

Geburtsdatum: ..... Gewicht:.....kg

## 2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten

- Es besteht Gehfähigkeit       Immobilität
- Dekubitus vorhanden       Dekubitusgefahr       Wunden:.....
- Epilepsie
- Tracheostoma, Tracheotomie
- Blaseninkontinenz       Dauerkatheter       Stuhlkontinenz
- M. Parkinson
- Allergie gegen: .....
- Sonstige Erkrankung: .....

## 3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen

- Halbseitenlähmung
- Beine       Schulter       Fuß       Oberschenkel       Arme
- Querschnittlähmung
- Amputationen: .....
- Sonstige.....

## 4. Orientierungsvermögen und Verhalten:

- Desorientierung örtlich
- Desorientierung zeitlich
- Desorientierung zur Person
- Motorische und nächtliche Unruhe
- Depressionen
- Demenz
- Suizidgefahr
- Nichterkennen von Personen
- Halluzinationen
- Selbstgefährdung       Fremdaggressivität
- Weglauftendenz
- .....

## 6. Diagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**11. Medikamentöse Therapie/Schmerzmedikation:**

bitte Medikamentenplan beifügen

**14. Ernährung:**  Vollkost Diabetikerdiät Schonkost Flüssignahrung

**15. Nachweis gemäß § 48a Abs.2 Bundesseuchen-Gesetz:**

Beim Patienten liegt weder ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane noch eine andere ansteckende Krankheit vor.

**16. Keimbesiedelung, Infektion**

- MRSA, Lokalisation:.....
- MRGN:.....
- Clostridium difficile: .....
- Sonstiges:.....

**17. Empfohlene stationäre Versorgung:**

- offener Wohnbereich
- beschützender Wohnbereich

**18. Ergänzende Anmerkungen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

**Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes**