

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 ☐
 - Besteht **Inkontinenz**: Ja ☐ Nein ☐
 - Stressinkontinenz ☐ Dranginkontinenz ☐ Funktionelle Inkontinenz ☐
 - Reflexurininkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz ☐
 - Katheter: Ja ☐ Nein ☐
 - **Trachealkanüle** Ja ☐ Nein ☐
 - PEG-Sonde: 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 ☐	nein ☐
Mangelernährung	ja ☐	nein ☐
Gefahr der Mangelernährung	ja ☐	nein ☐
Normalgewichtig	ja ☐	nein ☐

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