

Name der Einrichtung: _____

Auszufüllen von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt

Bitte vollständig bearbeiten und in einem **verschlossenen** Umschlag zur Weiterleitung mitgeben!

1. **Vor- und Zuname:** _____

2. **Geburtsdatum:** _____

3. **Krankenkasse:** _____

4. **Diagnosen** (wenn möglich als Datenausdruck beifügen):

5. **Verordnete Medikamente** (wenn möglich als Datenausdruck beifügen):

Gerinnungshemmende Medikamente: _____

6. **Sonstige Verordnungen:**

7. **Bestehen oder bestanden ansteckende Infektionskrankheiten, z. B. MRSA, Covid-19, Hepatitis o. ä.?**
 nein ja/welche und wann? _____

Liegt eine Immunisierung gegen Covid-19 vor?
 nein ja/welche und wann? _____

8. **Liegt eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane vor?**
(§ 36 Abs. 4 SeuchRNeuG) nein ja

9. **Besteht eine Suchtkrankheit?**
 nein ja/welche? _____

10. **Sind Allergien bekannt?**
 nein ja/welche? _____

11. **Ist die Patientin/der Patient**
zeitlich orientiert? ja nein gelegentlich
örtlich orientiert? ja nein gelegentlich
zur Person orientiert? ja nein gelegentlich

12. **Mobilität**
Patient(in) ist mobil mit Hilfsmittel mobil bettlägerig
Einschränkung durch: Versteifung Lähmung Amputation
wo? _____

13. Ist der/die Patient(in) sturzgefährdet? ja nein
Empfehlen Sie die Teilnahme der Patientin/des Patienten an Kraft- und Balancetraining
im Rahmen der Sturzprophylaxe? ja nein

14. Wunden
Bestehen bei der Patientin/dem Patienten zurzeit Wunden? ja nein
Wenn ja, wo? _____
Wundbehandlung mit: _____

15. Ernährung
 normale Kost Diät/welche? _____
 passierte Kost PEG-Sonde: welche Sondennahrung? _____
Liegt eine Schluckstörung vor? ja nein

16. Ausscheidung
Harninkontinenz: ja nein Stuhlinkontinenz: ja nein

17. Schmerz
Leidet der/die Patient/(in) an akuten Schmerzen? ja nein
Leidet der/die Patient/(in) unter chronischen Schmerzen? ja nein
Aktuelle Schmerzbehandlung? _____

18. Liegt eine Weglaufgefährdung vor? ja nein

19. Zeigt der/die Patient(in) herausforderndes Verhalten?
 ja nein gelegentlich
Wie äußert sich dies? _____

20. Treten Unruhezustände auf? ja nein gelegentlich

21. Hat der/die Patient(in) Schlafstörungen? ja nein gelegentlich

22. Wie ist die Gemütslage/die seelische Verfassung?

23. Arzt/Ärztin
Vor- und Zuname: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Telefax: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift, ggf. Stempel: _____

Hinweis zum Datenschutz

Die erhobenen personenbezogenen Daten dienen zur Abklärung und Planung des pflegerischen Bedarfs und werden bei Aufnahme des Patienten/der Patientin elektronisch erfasst und gemäß den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und genutzt.