

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?**  
(§35 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz (IfSG))  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.