

Ärztliche Begutachtung für die stationäre Aufnahme ins St. Elisabeth Pflegezentrum

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Für die Aufnahme im Pflegeheim relevante Vorerkrankungen und Diagnosen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Typ Alzheimer | <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Asthmatische Probleme | <input type="checkbox"/> Kachexie | <input type="checkbox"/> Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie | | <input type="checkbox"/> mit Pumpe |
| <input type="checkbox"/> Port | <input type="checkbox"/> Sauerstoff | <input type="checkbox"/> Beatmungsplatz notwendig |

Sonstiges: _____

Frühere Krankenhausaufenthalte:

Wo und wann? _____

Mitbetreuende (Fach-)ärzte:

Körperlicher Zustand:

Gehfähig:

- Ja, selbständig
- Ja, mit Hilfsmittel (z.B. Rollator) _____
- Bewegt sich selbständig mit Rollstuhl
- Nein
- Bettlägrig

Inkontinenz:

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhl | <input type="checkbox"/> Harn |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> versorgt mit Dauerkatheter |
| | <input type="checkbox"/> versorgt mit Inkontinenzartikel |

Sehvermögen:

- Brille

Gehör:

- Hörgerät

Geistig-seelischer Zustand:

Örtlich orientiert

- ja nein teilweise

Zeitlich orientiert

- ja nein teilweise

Selbstgefährdung

Fremdgefährdung

Verhaltensauffälligkeiten

Suchterkrankung:

- nein
 Ja, welche
 Alkohol Nikotin Medikamente
 sonstige _____

Liegt eine Erkrankung nach § 48 Abs. 2 BSG vor?

- nein
 ja

Liegt eine andere Krankheit vor, die besondere hygienische Maßnahmen erfordert?

- nein
 ja, welche? _____

St. Elisabeth Pflegezentrum gGmbH
Zeisestraße 19, 89250 Senden
☎ 07307 / 808-0
☒ 07307 / 808-60
info@stelisabeth-senden.de



Derzeitige Medikation:

- bitte aktuellen Medikamentenplan mitbringen -

Sonstiges:

Datum

Unterschrift / Stempel