

**Ärztlicher Bericht**  
zum Antrag um Aufnahme in ein NÖ Pflegeheim

Frau/Herr

geb. am:

Derzeit bestehende Krankheiten, Leiden und Gebrechen: aktuelle medizinische Diagnosen:

Bestehen psychische Erkrankungen – welche? Ja  Nein

- Bestehen depressive Phasen, seit wann? Ja  Nein
- Bestehen aggressive Phasen, seit wann? Ja  Nein
- Besteht Selbst- oder Fremdgefährdung, in welcher Form? Ja  Nein
- Besteht Gefahr f. Gesundheit u. Leben durch Verwahrlosung, in welche Form? Ja  Nein
- Besteht eine geistige Minderbegabung? Ja  Nein

Bestehen Suchtkrankheiten – welche? Ja  Nein

Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis Ja  Nein

Ist der Patient Keimträger      MRSA       ESBL       Lokalisation

Zuletzt durchgeführte Behandlungen und Therapien:

Medikamentöse Therapie:

Stationäre Voraufenthalte (wo und wann) in den letzten beiden Jahren?

Fachärztliche Behandlungen:

- Magensonde:      Ja  Nein       • PEG-Sonde:      Ja  Nein
- Besteht Inkontinenz: Ja  Nein
- Stressinkontinenz       Dranginkontinenz       Funktionelle Inkontinenz
- Reflexurininkontinenz       Stuhlinkontinenz
- Katheter:      Ja  Nein
- Trachealkanüle      Ja  Nein       • Beatmet:      Ja  Nein

Psychischer Status:

Örtliche und zeitliche Orientierung:

- |                        |                          |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| • voll orientiert      | <input type="checkbox"/> | • wechselnd orientiert | <input type="checkbox"/> |
| • leicht desorientiert | <input type="checkbox"/> | • desorientiert        | <input type="checkbox"/> |
|                        |                          | • Tag/Nacht Umkehr     | <input type="checkbox"/> |

äußert sich durch:

Mobilität:

Situation in den Nachtstunden:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| • gelegentliche Schlafunterbrechung                  | <input type="checkbox"/> |
| • häufige Schlafunterbrechung ohne triviale Unruhe   | <input type="checkbox"/> |
| • zeitweise Schlafunterbrechung mit trivialer Unruhe | <input type="checkbox"/> |
| • nächtliche Verwirrtheit mit trivialer Unruhe       | <input type="checkbox"/> |

Kommunikationsfähigkeit und Sozialkontakte:

- |                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| • ungestörte Kommunikation | <input type="checkbox"/> |
| • Sehbehinderung           | <input type="checkbox"/> |
| • Hörbehinderung           | <input type="checkbox"/> |
| • Sprachbehinderung        | <input type="checkbox"/> |

Wird eine bestimmte Kostform (Diät) benötigt – welche?

Ernährung:

- |                            |                             |                               |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Adipositas                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Mangelernährung            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gefahr der Mangelernährung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Normalgewichtig            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Anmerkungen: (Warum ist eine Pflege zu Hause nicht möglich? Übergangspflege? Prognose des Gesundheitszustandes, ect.):

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes (leserlich)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stampiglie