

## 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            • PEG-Sonde:           Ja  Nein
- Besteht **Inkontinenz**: Ja  Nein
- Stressinkontinenz            Dranginkontinenz            Funktionelle Inkontinenz
- Reflexurininkontinenz            Stuhlinkontinenz
- Katheter:           Ja  Nein
- **Trachealkanüle** 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 <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"/>

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