

Ärztliches Aufnahmezeugnis

Personalien

Name / Vorname

Wohnort _____ Strasse/Nr. _____

Geburtsdatum _____ Dringlichkeit _____

Krankenkasse _____ Versicherten Nr. _____

Besondere Bestimmungen

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Angaben zur Pflege und Betreuung

		nein	teilweise	vollständig
Hilfe	beim Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bei der täglichen Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	beim Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gehhilfe/Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapien	Dauerkatheter/Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PEG-Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wundverbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pace-Maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperliche und geistige Symptome		rechts	links	beide
Lähmung der Extremitäten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörung	Art _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nein	Ja	
Sprachstörung	Art _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desorientierung	örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unruhe	tags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inkontinenz	Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbstgefährdung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stimmungslage	Zeichen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergie	Auf _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gesundheitszustand (psychisch, physisch)

Kurze Anamnese

Aktuelle Diagnosen / Nebendiagnosen (mit Datum der Diagnosestellung)

Stadium der Erkrankung und kurzer Verlauf

Getroffene Abklärungen (z.B. Mini-Mental-Test bei Demenzdiagnose)

Therapeutische Ziele

Informationsstand des Bewohners und deren Angehörigen

Soziale Angaben

Gewünschte Behandlung Im Fahr

Medikamente _____

Diät _____

Physiotherapie _____

Weitere Behandlungsmassnahmen

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes
