

Ärztliche Stellungnahme

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Träger: BRK KREISVERBAN REGENSBURGRG

Tel.: 0941.29 88 0

Fax: 0941.27 02 56

Mail: empfang-rkh@kvregensburg.brk.de

1. Name, Vorname	Anschrift		
2. Geburtsdatum			
3. aktuelle Diagnosen (ICD10 Code mit angeben)			
4. Körpergröße	_____ cm	Körpergewicht	_____ kg
5. Ist der Patient geh fähig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> nein
6. Treppensteigen möglich?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> nein
7. Ist der Patient bettlägerig?	<input type="radio"/> ja, ständig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein
a) Wechseldruckmatratze erforderlich?	<input type="radio"/> ja, ständig		<input type="radio"/> nein
b) Dekubitus	<input type="radio"/> ja ¹		<input type="radio"/> nein
8. Besteht Harninkontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> DK <input type="radio"/> Puffi
9. Besteht Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Stoma
10. Braucht Hilfe beim	<input type="radio"/> Essen, Trinken	<input type="radio"/> Körperpflege	<input type="radio"/> Ankleiden, Auskleiden
	<input type="radio"/> Hinein bringen in das Bett	<input type="radio"/> Aufstehen aus dem Bett	<input type="radio"/> Aufsuchen oder Benutzen der Toilette
11. Ist der Patient zeitlich orientiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
12. Ist der Patient örtlich orientiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
13. Ist der Patient persönlich orientiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
14. Ist der Patient situativ orientiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
15. Besteht Weglauftendenz?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
16. Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
17. Besteht Eigen- oder Fremdgefährdung?	<input type="radio"/> ja und zwar		<input type="radio"/> nein
18. Sind Suchtkrankheiten bekannt?	<input type="radio"/> ja, und zwar		<input type="radio"/> nein
19. Körperliche Behinderung(en)?	<input type="radio"/> ja, und zwar		<input type="radio"/> nein
21. Geistig-seelische Störungen?	<input type="radio"/> ja, und zwar		<input type="radio"/> nein

¹ Wenn „JA“ → bitte genaue Beschreibung auf gesondertem Blatt

erarbeitet	freigegeben	Überprüfung August 2019	Seite	1/2
HL	HL		Version	7.0
3.1.2.7 Ärztliche Stellungnahme zur Heimaufnahme 08.2018 Version 7.0			Stand	08/18

22. Sehbehindert?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
23. Besteht Schwerhörigkeit?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
24. Bestehen Allergien oder Anfallsleiden?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
25. Port-Katheter oder ähnl. ?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
26. Tracheostoma / O2-Gerät erforderl.	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
27. Herzschrittmacher oder ähnl. überwachungsspflichtige Implantate?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
28. Spezielle Diät erforderlich ?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
29. Ist der Patient frei von anstecken-den Krankheiten (auch TBC)? Frage muss vor Einzug im Hinblick auf meldepflichtige Erkrankungen (§ 6, IfSG) vom Arzt mit ja beantwortet sein (Grundvoraussetzung zur Heimaufnahme!): <input type="radio"/> ja, letzte Untersuchung am: _____ <input type="radio"/> nein		
30. Ist der Patient frei von krankenhauserworbenen (nosokomialen) Krankheiten? Frage muss vor Einzug im Hinblick auf besondere Schutz- und Vorsichtsmaßnahmen (Doppelzimmer nicht möglich!) beantwortet werden!: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein (genaue Beschreibung):		
31. Liegt eines der unten genannten Krankheitsbilder vor, ist der Einrichtungsträger durch seine konzeptionelle, personelle oder bauliche Ausrichtung nicht darauf eingerichtet, Patienten adäquat zu versorgen: <input type="radio"/> Wachkoma <input type="radio"/> Gewicht (über 150 kg) <input type="radio"/> Körpergröße (über 210 cm), <input type="radio"/> Dauerbeatmung <input type="radio"/> ALS <input type="radio"/> Trachealkanüle <input type="radio"/> Weglaufgefährdete Patienten <input type="radio"/> Formen psychischer Erkrankungen		
32. Zum Zeitpunkt der Anmeldung aktuelle Medikation:		
33. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:		

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

erarbeitet	freigegeben	Überprüfung August 2019	Seite	2/2
HL	HL		Version	7.0
3.1.2.7 Ärztliche Stellungnahme zur Heimaufnahme 08 2018 Version 7_0			Stand	08/18