

ÄRZTLICHER BERICHT



Haus Friederike
Wohnen und Pflege

anlässlich der Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes ankreuzen.

Stettiner Straße 8
71254 Ditzingen
Telefon (0 71 56) 9 37 11-0
Telefax (0 71 56) 9 37 11-20
e-mail haus-friederike@ph-v.de

Träger
Philadelphia-Verein e.V.
Hirschlander Str. 14
71254 Ditzingen
Telefon (0 71 56) 17938-10
Telefax (0 71 56) 17938-11
e-mail info@ph-v.de

Name _____ **Vorname** _____

Geburtsdatum _____ Fam.-Stand _____

Anschrift _____

Krankenkasse _____

Größe / Gewicht _____

Diagnose _____

Körperliche Behinderung _____

Geistig-seelische Behinderung oder Störung _____

Frühere ansteckende Krankheiten, z.B. TBC, Thyphus, wann _____

Unfälle während der letzten 5 Jahre _____

Ist der Patient gehfähig? ja nein

Treppensteigen möglich? ja nein

Ist Patient häufig bettlägerig? ja nein

Ständig bettlägerig? ja nein

Beherrschung des Stuhlabgangs? ja nein

Beherrschung des Urinabgangs? ja nein

Fremder Hilfe bedürftig? beim Essen

beim Waschen

beim Ankleiden

beim Frisieren/Rasieren

beim Aufstehen aus dem Bett

beim Lagern zur Nachtruhe

beim Benutzen der Toilette

bei



- ausschließliche Sondenernährung? ja nein
- Örtlich orientiert? ja nein nicht immer
- Zeitlich orientiert? ja nein nicht immer
- Gemütsstimmung? willig freundlich verdrießlich depressiv
- Gefährliche Eigenschaften? nein ja, welche? _____
- Suchtkrankheiten? nein ja, welche? _____
- Treten Anfälle auf? nein ja, welche? _____
- Nachts ruhig? ja nein nicht immer
- Geistiger Zustand? normal desorientiert tags nachts
- unruhig Sinnestäuschungen / Wahnideen
- Weglaufgefährdung? ja nein nicht immer
- Charakterliche Schwierigkeiten:
-

Ist das Zusammenleben mit geistig Gesunden möglich? ja nein

Wenn **keine** Pflegebedürftigkeit vorliegt und Aufnahme im **Altenheim/Altenwohnheim** beantragt wird, bitte Nachfolgendes ankreuzen:

Grund für die Heimaufnahme

- Unvermögen, die zur Fortführung eines eigenen Haushalts notwendigen Verrichtungen auszuführen
- Einkaufen
 - Hausarbeit
- Gefährdung der häuslichen Selbstversorgung
- Mahlzeiten zubereiten
 - notwendige Körperpflege
 - Hilflosigkeit bei Krankheit
 - Umgang mit Strom, Wasser, Gas

Sonstiges:

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

(Arztstempel, Anschrift, Telefon)

Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes