

Arztbogen

Name:

Vornamen:

Geburtsname:

Geburtsort:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Pflegestufe:

Versicherungsnummer:

Es wird in folgenden Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität dauerhaft Pflege benötigt:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> beim Waschen | <input type="radio"/> beim Baden und Duschen | <input type="radio"/> bei der Zahnpflege |
| <input type="radio"/> beim Kämmen und Rasieren | <input type="radio"/> bei der Blasen- und Darmentleerung | <input type="radio"/> beim Verabreichen von Nahrung |
| <input type="radio"/> beim Aufstehen und Zubettgehen | <input type="radio"/> im Bereich der Mobilität | <input type="radio"/> beim Gehen und Stehen |
| <input type="radio"/> beim An- /Auskleiden | <input type="radio"/> beim Treppensteigen | <input type="radio"/> beim mundgerechten Zubereiten der Nahrung |

Folgende Erkrankungen:

ansteckende Erkrankung (z.B. TBC, MRSA, ORSA usw.)

ja

nein

Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen, Medikamente)

ja

nein

chronische psychiatrische Erkrankung

ja

nein

chronische bakterielle Erkrankung

ja

nein

Die pflegerische Versorgung wurde bisher durchgeführt:

im Krankenhaus

im häuslichen Bereich

in einem anderen Pflegeheim

Folgende Krankenkassenhilfsmittel werden genutzt/sind nötig:

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> Rollstuhl | <input type="radio"/> Toilettenstuhl | <input type="radio"/> Antidekubitusmatratze |
| <input type="radio"/> Gehwagen | <input type="radio"/> Stock/Unterarmgehilfen | <input type="radio"/> Inkontinenzartikel |
| <input type="radio"/> Brille | <input type="radio"/> Hörgerät | <input type="radio"/> orthopädische Schuhe |
| <input type="radio"/> Dauerkatheter | <input type="radio"/> Lagerungsmaterial | <input type="radio"/> |
-

Es werden folgende ärztlich angeordnete Kostformen benötigt:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Diabeteskost _____ BE | <input type="radio"/> Dialysekost | <input type="radio"/> Leber/Gallen Schonkost |
| <input type="radio"/> Marcumar | <input type="radio"/> ballaststoffarme Kost | <input type="radio"/> ballaststoffreiche Kost |
| <input type="radio"/> sonstiges | | |
-

Folgende therapeutische Maßnahmen wurden bisher durchgeführt:

- | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Krankengymnastik | <input type="radio"/> Logopädie | <input type="radio"/> Ergotherapie |
| <input type="radio"/> sonstiges | | |
-

Medizinische Diagnosen sind:

Es besteht eine Generalvollmacht: ja nein
oder
eine vom Betreuungsgericht bestellte Betreuung: ja nein

Aktenzeichen: _____

Betreuer:

Aufgabenbereich:

Medikation:

Medikament/Dosierung	Mo.	Mi.	Ab.	Na.

Raucher **Nichtraucher**

Hinweise/Bemerkungen: PEG, Stoma, Endotrachealkanülen, usw.:

Stempel und Unterschrift des Arztes oder Krankenhauses
