

# Ärztlicher Bericht

Vor - und Zuname

---

Geburtstag / Geburtsort

---

Krankenkasse oder  
sonst. Kostenträger ärztl. Leistungen

---

ärztliche Diagnosen

---

---

---

---

Kurzer Lebenslauf,  
frühere Krankheiten, Klinik-/ Heimaufenthalte

---

---

---

---

---

---

---

Allgemeiner körperlicher Befund  
Laborwerte

---

---

---

---

---

---

Aktuelle Medikation

---

---

---

---

---

---

## Ärztlicher Bericht

Jetzige Erkrankung

(Beginn und Verlauf, heutiger Zustand)

---

---

---

---

---

Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist der Patient inkontinent?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> Harn	<input type="checkbox"/> Stuhl	

VÜ = vollständige Übernahme    TÜ = Teilübernahme    A = Anleitung    S = Selbstständig

Essen	<input type="checkbox"/> VÜ	<input type="checkbox"/> TÜ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> S
Ankleiden	<input type="checkbox"/> VÜ	<input type="checkbox"/> TÜ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> S
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> VÜ	<input type="checkbox"/> TÜ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> S
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> VÜ	<input type="checkbox"/> TÜ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> S
Waschen	<input type="checkbox"/> VÜ	<input type="checkbox"/> TÜ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> S
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> VÜ	<input type="checkbox"/> TÜ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> S

Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> ablehnend
Aggressive Tendenzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gegen sich <input type="checkbox"/> gegen andere
Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____	
Hilfsmittel erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____	
Freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____	

Ist der aufzunehmende Patient  
Suicid-gefährdet?

---

ansteckend z.B. MRSA, HIV?

---

frei von Tuberkulose?

---

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes