



Vor – und Zuname

---

Geburtstag / Geburtsort

---

Krankenkasse oder  
sonst. Kostenträger ärztl. Leistungen

---

Psychiatrische Diagnosen

---

---

---

---

Körperliche Diagnosen

---

---

---

---

---

Kurzer Lebenslauf,  
frühere Krankheiten, Heimaufenthalte

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Allgemeiner körperlicher Befund  
Laborwerte

---

---

---

---

---

---

Erstellt durch:	Geprüft:	Freigabe am / durch:	Revision	QMH	Seiten
har	jk	27.10.2003 / TL	0.0	4.1.0.2.3	Seite 1 von 2

Jetzige Erkrankung  
(Beginn und Verlauf, heutiger Zustand)

---



---



---



---

- Ist Patient gehfähig?  ja  nein  mit Hilfe
- Treppensteigen möglich?  ja  nein  mit Hilfe
- Ist Patient häufig bettlägerig?  ja  nein
- Ständig bettlägerig?  ja  nein
- Beherrschung des Stuhlabgangs?  ja  nein  teilweise
- Beherrschung des Urinabgangs?  ja  nein  teilweise

- Ü = Übernahme    TÜ = Teilübernahme    Anl. = Anleitung    Selbst. = Selbstständig
- Essen  Ü  TÜ  Anl.  Selbst.
- Ankleiden  Ü  TÜ  Anl.  Selbst.
- Aufstehen aus dem Bett  Ü  TÜ  Anl.  Selbst.
- Benutzen der Toilette  Ü  TÜ  Anl.  Selbst.
- Waschen  Ü  TÜ  Anl.  Selbst.
- Frisieren/Rasieren  Ü  TÜ  Anl.  Selbst.

- Örtlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
- Zeitlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
- Nachts ruhig?  ja  nein  nicht immer
- Gemütsstimmung?  zugänglich  freundlich  depressiv
- Gefährliche Eigenschaften?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_
- Suchtkrankheit?  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Ist der aufzunehmende Patient  
Suicid-gefährdet?

---

Ansteckend z.B. MRSA?

---

z.B. Lues, Tb-Kontrollen erforderlich?

---

Arbeits- und Beschäftigungstherapie  
hat der Patient schon teilgenommen  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes