

Name, Vorname des Bewohners: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

der Bogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

**Feststellung des Arztes über Art, Umfang und Auswirkungen der Einschränkungen:**

**Befund:**


**Funktionelle Einschränkungen:**


**Im körperlichen Bereich:**


**Im geistig seelischen Bereich (z. B. depressiv, aggressiv, usw.):**


**Vorschlag für sonstige Maßnahmen / Hilfsmittel:**


**Begonnene Therapien:**

Art	Ziel	Beginn	Stand
Physiotherapie			
Ergotherapie			
Logopädie			

**Weitere Therapien:**

Art	Ziel	Beginn	Stand

**Aktuelle Medikation:**

Medikament	Dosierung				
	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

**Besonderheiten bei der Medikamentengabe bzw. -einnahme:**


**Vorliegen besonderer Krankheiten:**

<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Diabetes, Typ:	<input type="checkbox"/> AICD
<input type="checkbox"/> HIV	nächster Kontrolltermin:
<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Implantate
<input type="checkbox"/> Hepatitis      A    B    C	Ort:
<input type="checkbox"/> Hautdefekte	<input type="checkbox"/> Kriegsverletzungen
Ort:	Ort:
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

**Ausführen ärztlicher Verordnungen:**

Hilfebedarf beim/bei der:	Frequenz:
Wundversorgung:	

Sonstiger Behandlungspflege:

Pflegestufe:

Pflegestufe liegt vor    nein     1     2     3     HF

Empfehlung Pflegestufe    1     2     3     HF

Begründung für die Aufnahme in die stationäre Pflege:

Ärztliches Zeugnis

Es wird bescheinigt, das es keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose gemäß § 36 Abs. 4 IFSG gibt.

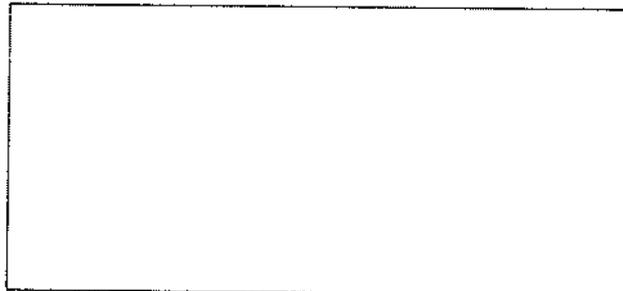
ja

nein

Sonstiges

Datum

Unterschrift des Arztes



Stempel des Arztes

Verteiler

Original:  Bewohnerakte

Kopie:  PDL  
 ggf. Arzt

**VAN 033**