

## Ärztlicher Bericht

zum Antrag um Aufnahme in ein NÖ Pflegeheim /Übergangspflege/ Kurzzeitpflege

Frau       Herr

\_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Derzeit bestehende aktuelle **medizinische Diagnosen**:

Bestehen psychische Erkrankungen – Welche? Symptomatik? Ja       Nein

- 
- Bestehen depressive Phasen, **seit** \_\_\_\_\_ Ja       Nein
  - Bestehen aggressive Phasen, **seit** \_\_\_\_\_ Ja       Nein
  - Besteht Selbstgefährdung – in welcher Form? Ja       Nein

**Beschreibung:**

- 
- Besteht Fremdgefährdung, in welcher Form? Ja       Nein

**Beschreibung:**

---

Besteht Gefahr f. Gesundheit u. Leben durch  
Verwahrlosung, in welcher Form? Ja       Nein

**Beschreibung:**

- 
- Besteht eine geistige Minderbegabung? Ja       Nein

Bestehen **Suchtkrankheiten** – welche? Ja       Nein

---

**Isolierung** erforderlich Ja       Nein

**Grund:**

Zuletzt durchgeführte Behandlungen und Therapien:

---

Medikamentöse Therapie:

---

Stationäre Voraufenthalte (wo und wann) in den letzten beiden Jahren?

---

Fachärztliche Behandlungen:

---

- Magensonde: Ja  Nein
  - Besteht **Inkontinenz**: Ja  Nein 
    - Stressinkontinenz
    - Dranginkontinenz
    - Funktionelle Inkontinenz
    - Reflexurininkontinenz
    - Stuhlinkontinenz
  - Katheter: Ja  Nein
  - **Trachealkanüle** Ja  Nein
  - **PEG-Sonde**: Ja  Nein
  - **Beatmet**: Ja  Nein
- Weitere Informationen (z.B. nähere Beschreibung der erforderl. Beatmung)
- 

**Örtliche, zeitliche und situative Orientierung und zur Person**

- voll orientiert
- leicht desorientiert
- wechselnd orientiert
- desorientiert
- Tag/Nacht Umkehr

äußert sich durch:

---

**Mobilität:**

---

**Situation in den Nachtstunden:**

- gelegentliche Schlafunterbrechung
- häufige Schlafunterbrechung ohne triviale Unruhe
- zeitweise Schlafunterbrechung mit trivialer Unruhe
- nächtliche Verwirrtheit mit trivialer Unruhe

**Kommunikationsfähigkeit und Sozialkontakte:**

- ungestörte Kommunikation
- Sehbehinderung
- Hörbehinderung
- Sprachbehinderung
- Beeinträchtigt durch psych. Erkrankung

---

**Ernährung:**

Wird eine bestimmte Kostform (Diät) benötigt – welche?

---

- |                            |                             |                               |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Adipositas                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Mangelernährung            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gefahr der Mangelernährung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Normalgewichtig            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: (Unverträglichkeiten, Diäten)

---

**Prognose des Gesundheitszustandes**

---

**Begründung für den Bedarf an**

stationärer Betreuung und Pflege

Übergangspflege

Kurzzeitpflege

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes (leserlich)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stampiglie