PFLEGERESIDENZ Haus Burghardt GmbH

Aufnahmemanagement

Ärztlicher Bericht

Bewohner

_____	_____	_____
Nachname	Vorname	Geburtsdatum

Hausarzt

_____	_____	_____
Nachname	Vorname	Telefonnummer

Ärztliche Diagnosen

O	Apoplex	O	Herzinfarkt	O	Tumorerkrankung
O	Fraktur	O	Amputation	O	Diabetes Mellitus
O	Morbus Parkinson	O	Osteoporose	O	Multiple Sklerose
O	Suchterkrankung	O	Epilepsie	O	Demenz

O Allergie: _____

O Wunde: _____

Angaben zur Orientierung

	Uneingeschränkt	Eingeschränkt	Desorientiert
Persönlich	O	O	O
Zeitlich	O	O	O
Örtlich	O	O	O
Zur Situation	O	O	O

Infektionserkrankungen

O Hepatitis O HIV O MRGN O Sonstige: _____

Medikamente

O Ja (Medikamentenplan anfügen) O Nein

Medizinische Versorgung und Therapie
(z.B. Anus praeter; PEG; Port; Sauerstoff; Tracheostoma; Dialyse; Chemotherapie)

O Ja: _____

Vitaldaten

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift, Stempel des Arztes