



Für die Aufnahme im Altenzentrum St. Elisabeth

Familien- und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

Ggf. Versorgendes Krankenhaus: _____

Ärztliche Diagnosen, Vorerkrankungen, bzw. Operationen:

.....

.....

Derzeit eingenommene Medikamente:

Bezeichnung	früh	mittags	abends	nachts

siehe beiliegende Medikamentenliste

Verständigung:

schwerhörig taub Hörgerät (R. u/od. L) nicht beeinträchtigt

Aphasie Brillenträger nicht beeinträchtigt

Kostform-Diät:

Normalkost feste Nahrung Passierte Kost

Schonkost Diät: _____ Sondenernährung

Angaben zum Allgemeinzustand:

Orientierung:

zeitlich	örtlich	zur Person
<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> nicht immer	<input type="radio"/> nicht immer	<input type="radio"/> nicht immer



Weglauftendenz

- ja
 nein

Nächtliche Desorientiertheit

- ja
 nein

Sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich?

- ja nein

Liegt eine ernstliche und erhebliche Eigen-/Fremdgefährdung vor? ja nein
Gefährdungspotenzial beschreiben (Prognose zu gegenwärtigem Zustandsbild und Entwicklung)

Sonstiges

Antikoagulation	<input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	Andere bekannte infektiöse Erkrankungen:	
Insulinpflichtig	<input type="radio"/>	Welche?	
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	Allergien:	
Dauerkatheter	<input type="radio"/>	Welche?	
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/>	Implantat	<input type="radio"/>
Stoma	<input type="radio"/>		
Suchtkrankheiten		Mobilität	
Alkohol	<input type="radio"/>	gehend	<input type="radio"/>
Medikamente	<input type="radio"/>	gehend mit Hilfsmittel	<input type="radio"/>
Nikotin	<input type="radio"/>	bettlägerig	<input type="radio"/>

Mein o.g. Patient/in ist frei von ansteckenden Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz: ja nein

Gründe der Heimunterbringung aus ärztlicher Sicht:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes