

Landesverband  
Baden-Württemberg e.V.  
Regionalverband  
Mittelbaden

Seniorenzentrum  
„Am Ettenbach“  
An der Holzi 10  
77955 Ettenheim

Telefon 0 78 22/78 98 70



**Arbeiter-Samariter-Bund**

## Ärztlicher Bericht

Kurzzeitpflege  
stationäre Pflege

### **Bericht zur Aufnahme für eine KZP bzw.LZP**

Ggf. zur Vorlage beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder beim zuständigen Sozialamt zur Kostenklärung

### **Personendaten/ Aufnahmedaten**

Nachname	Vorname	Geburtsname	
Straße	PLZ/ Ort	Telefon	
		led.    verh.    verw.	
Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand	seit

### **Diagnosen**

---

---

---

### **Weitere Diagnosen (Fachärzte)**

---

---

---

### **Allergien**

---

---

---

**Hepatitis**                    ja            nein  
Typ:

**MRSA/ ORSA** ja nein  
Bemerkungen:

**HIV** ja nein  
Bemerkungen:

**Medikamente**

---

---

---

**Patientenpass** ja nein

**Klinikaufenthalte** ja nein

wenn ja, wann/ Diagnosen:

**Unfälle in den letzten fünf Jahren** ja nein

wenn ja, welche:

**Bestätigung nach § 48a Bundesseuchengesetz**

Eine ansteckende Krankheit, einschließlich TBS liegt vor liegt nicht vor (Bestätigung nach § 36 Seuchenrechtsneuordnungsgesetz)  
Suchtkrankheit liegt vor liegt nicht vor  
wenn ja, welche:

**Befund**

Größe	cm		Gewicht	kg	
Ernährungszustand		normal	reduziert	adipös	kachektisch
Kostform		Normalkost			
Diätkost		ja welche		wegen:	
Sondenernährung		ja welche		wegen:	
Besondere Kostform erforderlich		ja welche		wegen:	

---

**Sehfähigkeit** normal eingeschränkt fast blind blind  
Ursache:

Brille ja nein

---

**Hörfähigkeit** normal eingeschränkt fast taub taub  
Benützung Hörgerät ja nein

---

**Sprechvermögen** normal eingeschränkt  
Aphasie Ursache:  
Verständigung gut bedingt keine

---

**Bewegungsfähigkeit** normal eingeschränkt  
Funktion der Arme normal eingeschränkt Lähmung Deformierung  
Hände normal eingeschränkt Lähmung Deformierung  
Beine normal eingeschränkt Lähmung Deformierung

	Füße	normal	eingeschränkt	Lähmung	Deformierung
Wirbelsäule		normal	Veränderungen	welche:	
Hilfsmittel		ja	nein	welche:	
Prothesen		ja	nein	welche:	

**Angaben zur Orientierung**

uneingeschränkt	eingeschränkt	zur Person zur Zeit	zum Ort zur aktuellen Situation	desorientiert
-----------------	---------------	------------------------	------------------------------------	---------------

**Angaben zum Verhalten**

freundlich	unfreundlich	aggressiv
tags unruhig	nachts unruhig	unauffällig
depressiv	Wahnvorstellungen	Gefährdung anderer
Weglauff Tendenzen	Selbstgefährdung	

**Pflegebericht**

selbstständig	mit Unterstützung	vollständige Hilfe
---------------	-------------------	--------------------

**Mobilität**

- An/ Auskleiden
- Aufstehen/ zu Bett gehen
- Gehen in Verbindung mit den genannten Verrichtungen

**Ernährung**

- Mundgerechte Zubereitung
- Nahrungsaufnahme
- Sonderernährung

**Körperpflege**

- Waschen
- Duschen
- Baden
- Zahn-/ Prothesen-/ Mundpflege
- Haarpflege
- Rasieren
- Blasen-/ Darmentleerung

**Inkontinenz**

- Harn	zeitweise	dauernd
- Stuhl	zeitweise	dauernd
- Harnableitung	Bezeichnung:	
- Stomaversorgung	Lokalisation:	

**Pflegebesonderheiten** (wie z. B. Anus praeter, Wunden, Beatmung)

---



---



---



---



---



---

Ärztliche Behandlung und Überwachung:

---

---

---

## Sozialbericht

### Soziale Begründung für die Notwendigkeit der stationären Pflege:

- Fehlen einer Pflegeperson
- fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen
- drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegepersonen
- drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen
- Eigen- und/ oder Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen
- bisherige ambulante Maßnahmen können nicht mehr erweitert werden
- räumliche Gegebenheiten, die keine häusliche Pflege ermöglichen

Soziale Kontakte, Bezugspersonen, bisherige Lebensumstände

---

---

---

### Hauptgründe für die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung

---

---

---

### Ergänzungen

---

---

---

---

---

Ort/ Datum

Unterschrift

Stempel