



Ärztlicher und pflegerischer Bericht zur Aufnahme im Vincentinum

Datum _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Pflegestufe: ja, welche? _____ beantragt am _____
 nein / noch nicht beantragt rüstig

Barthel-Index

Gehen: <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Mit Hilfe Rollstuhlfahren: <input type="checkbox"/> Selbständig im Rollstuhl <input type="checkbox"/> Nicht selbständig	Treppensteigen: <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Benötigt Hilfe <input type="checkbox"/> Nicht selbständig	Bett-/Stuhltransfer: <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Geringfügige Hilfe nötig <input type="checkbox"/> Benötigt maximale Hilfe <input type="checkbox"/> Nicht selbständig
Waschen: <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Nicht selbständig <input type="checkbox"/> Benötigt Hilfe	Essen: <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Benötigt Hilfe <input type="checkbox"/> Nicht selbständig <input type="checkbox"/> PEG-Sonde	An- und Auskleiden: <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Benötigt Hilfe <input type="checkbox"/> Nicht selbständig
Toilettenbenutzung: <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Mit Hilfe <input type="checkbox"/> Nicht selbständig	Harnkontinenz: <input type="checkbox"/> Unter Kontrolle <input type="checkbox"/> Gelegentlich inkontinent <input type="checkbox"/> Ständig inkontinent <input type="checkbox"/> Dauerkatheder	Stuhlkontinenz: <input type="checkbox"/> Unter Kontrolle <input type="checkbox"/> Gelegentlich inkontinent <input type="checkbox"/> Nicht selbständig

Kostform: normal Diät, welche? _____ passierte Kost Sondennahrung

Geistige Erkrankungen: ja, welche? _____ nein

Orientierung:

- | | | | |
|-------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| ➤ örtlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| ➤ zeitlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| ➤ situativ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| ➤ zur Person | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Sehvermögen | <input type="checkbox"/> gut / Brille | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> blind |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> gut / Hörgerät | <input type="checkbox"/> Schwerhörig | <input type="checkbox"/> taub |
| Weglauftendenzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |





Name, Vorname _____

Affektstörungen ja, welche? _____ nein

Dekubitus nein

ja, wo? _____

Größe _____

Grad _____

Kontrakturen ja, wo? _____ nein

Ansteckende Krankheiten (gem. §48a SeuchG)

ja, welche? _____ nein

Suchtkrankheiten ja, welche? _____ nein

Wird eine Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustandes erwartet?

ja nein

Medikamente

Besonderheiten

Diagnosen





Checkliste - Sturzprophylaxe

Name, Vorname _____

Vorgeschichte Stürze _____

Diagnosen:	Demenz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Unruhezustände	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Depression	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Medikamente:	Psychopharmaka	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Analgetika	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Diuretika	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Laxancien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Marcumar	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Alkoholmissbrauch: ja nein _____

Schwindel bekannt ja nein _____

Mobilität: ja nein eingeschränkt _____

Orientierung:

örtlich ja nein teilweise _____

zeitlich ja nein teilweise _____

situativ ja nein teilweise _____

zur Person ja nein teilweise _____

Sehvermögen: gut schlecht _____

KG notwendig ja nein _____

Hilfsmittel: ja nein _____

Datum: _____

Unterschrift der Pflegeperson
ggf. Stempel der Pflegeeinrichtung

Stempel und Unterschrift des Arztes

