



▼ Akademischer Grad/Titel

▼ Anrede

Frau

Herr

▼ Nachname

▼ Vorname

▼ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

▼ Straße

▼ Hausnr.

▼ Stiege

▼ Stock

▼ Türnr.

▼ PLZ

▼ Ort

▼ Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Geriatriezentrum)

▼ von: (TTMMJJJJ)

▼ bis: (TTMMJJJJ)

▼ Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Geriatriezentrum)

▼ von: (TTMMJJJJ)

▼ bis: (TTMMJJJJ)

▼ Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Geriatriezentrum)

▼ von: (TTMMJJJJ)

▼ bis: (TTMMJJJJ)

orientiert

desorientiert:

zeitweise

dauernd

Tag

Nacht

zeitlich

örtlich

persönlich

situativ

▼ Allgemeinzustand

▼ Ernährungszustand

gefähig

teilweise gefähig

bettlägrig

▼ Herz-Kreislauf

▼ Nervensystem

▼ Atmungsorgane

▼ Verdauungsorgane

▼ Ausscheidung

▼ Stuhl

▼ Harn

kontinent

inkontinent

kontinent

inkontinent

Gehörlosigkeit

Stummheit

Blindheit

▼ sonstige:

Infektionskrankheiten

▼(z. B. Hepatitis C, HIV positiv)

Ist die Patientin/der Patient

▼derzeit KeimträgerIn? (z. B. MRSA)

Besteht noch

▼Ansteckungsgefahr?

Ja

Nein

dauernde Medikation
erforderlich

dauernde ärztliche
Anwesenheit erforderlich

keine ausreichende mobile
Pflege und Betreuung gewährleistet

keine ausreichende ärztliche
Betreuung zu Hause möglich

▼ Begründung für den Bedarf der dauernden ärztlichen Anwesenheit:

Remobilisationsbedarf
und Potential vorhanden

▼ Begründung für den Bedarf an der Leistung Remobilisation:

▼ Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt?

Bitte führen Sie hier die aktuelle(n) Diagnose(n) Ihrer Patientin/Ihres Patienten an und legen Sie die wesentlichen Befunde des letzten halben
▼Jahres zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit Ihrer Patientin/Ihres Patienten in Kopie bei.

▼ Ort, Datum

▼ Unterschrift und Stampiglie **der Ärztin/des Arztes**