

Geriatrischer Aufnahmebogen Pflegeheim

Praxisstempel

Patientenstammdaten

Name, Vorname

Wohnort

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Patientenverfügung ja / nein

Morbiditätsebene

Diagnosen

Funktionsebene

Funktionsstörungen

- Sehen/Hören
- Kommunikation
- Kognition
- Mobilität
- Schluckstörungen
- _____

Medikamente

Pflegerrelevante Angaben

- Orientierungsstörungen
- Weglauftendenz
- Kontinenz Harn/Stuhl/Katheter s.p./t. u.
- Psychische Situation
- Schlafstörungen
- Dekubitus/Wunden
- Störungen beim Essen/Trinken
- Enterale Versorgung
- Hilfe bei Körperpflege
- Zahnstatus/Prothesen

Fremdbefunde beigefügt

- Krankenhaus-Entlassbriefe
- Befunde des bisherigen Hausarztes
(Name, Adresse)

Multiprofessionelles geriatrisches Team

- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Logopädie
- Sozialer Beratungsdienst

Ort

Datum

Unterschrift

Checkliste für die Heim-Visite

Praxisstempel

Patientenstammdaten

Name, Vorname

Wohnort

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Patientenverfügung ja / nein

Kontrolle von

Sonstiges

- Appetitstörung
- Gebiss
- Schluckstörung
- Gewicht (BMI)
- Blutdruck
- Trinkplan
- Medikamentenplan
- Stürze
- Stimmung
- Stuhlgang
- Wasserlassen
- Hautzustand, chronische Wunden

- Letzter Krankenhausaufenthalt wegen:

- Überweisung zum Spezialisten wegen:

- Psychiatrischer Konsiliardienst
Bericht liegt vor ja / nein
- Nichtärztlicher Support
 - Ernährungsteam
 - Wundteam
 - Stomateam
- Laborkontrolle
- EKG
- Geriatrisches Basisassessment
 - Gedächtnis-Screening
 - Sturzassessment
 - Ernährungsassessment
 - Barthel-Index

Ort

Datum

Unterschrift