

## Arztbogen

Name:

Vornamen:

Geburtsname:

Geburtsort:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Pflegestufe:

Versicherungsnummer:

### Es wird in folgenden Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität dauerhaft Pflege benötigt:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> beim Waschen                   | <input type="radio"/> beim Baden und Duschen             | <input type="radio"/> bei der Zahnpflege                        |
| <input type="radio"/> beim Kämmen und Rasieren       | <input type="radio"/> bei der Blasen- und Darmentleerung | <input type="radio"/> beim Verabreichen von Nahrung             |
| <input type="radio"/> beim Aufstehen und Zubettgehen | <input type="radio"/> im Bereich der Mobilität           | <input type="radio"/> beim Gehen und Stehen                     |
| <input type="radio"/> beim An- /Auskleiden           | <input type="radio"/> beim Treppensteigen                | <input type="radio"/> beim mundgerechten Zubereiten der Nahrung |

### Folgende Erkrankungen:

ansteckende Erkrankung (z.B. TBC, MRSA, ORSA usw.)

ja

nein

Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen, Medikamente)

ja

nein

chronische psychiatrische Erkrankung

ja

nein

chronische bakterielle Erkrankung

ja

nein

### Die pflegerische Versorgung wurde bisher durchgeführt:

im Krankenhaus

im häuslichen Bereich

in einem anderen Pflegeheim

**Folgende Krankenkassenhilfsmittel werden genutzt/sind nötig:**

- |                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> Rollstuhl     | <input type="radio"/> Toilettenstuhl         | <input type="radio"/> Antidekubitusmatratze |
| <input type="radio"/> Gehwagen      | <input type="radio"/> Stock/Unterarmgehilfen | <input type="radio"/> Inkontinenzartikel    |
| <input type="radio"/> Brille        | <input type="radio"/> Hörgerät               | <input type="radio"/> orthopädische Schuhe  |
| <input type="radio"/> Dauerkatheter | <input type="radio"/> Lagerungsmaterial      | <input type="radio"/>                       |
- 

**Es werden folgende ärztlich angeordnete Kostformen benötigt:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Diabeteskost _____ BE | <input type="radio"/> Dialysekost           | <input type="radio"/> Leber/Gallen Schonkost  |
| <input type="radio"/> Marcumar              | <input type="radio"/> ballaststoffarme Kost | <input type="radio"/> ballaststoffreiche Kost |
| <input type="radio"/> sonstiges             |   |   |
- 

**Folgende therapeutische Maßnahmen wurden bisher durchgeführt:**

- |  |                                 |                                    |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Krankengymnastik | <input type="radio"/> Logopädie | <input type="radio"/> Ergotherapie |
| <input type="radio"/> sonstiges        |                                 |                                    |
- 

**Medizinische Diagnosen sind:**

---

---

---

---

---

---

Es besteht eine Generalvollmacht:  ja  nein

oder

eine vom Betreuungsgericht bestellte Betreuung:  ja  nein

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Betreuer:

---

Aufgabenbereich:

---

30519 Hannover, Am Mittelfelde 100

**Medikation:**

Medikament/Dosierung	Mo.	Mi.	Ab.	Na.

**Raucher**     **Nichtraucher**

**Hinweise/Bemerkungen: PEG, Stoma, Endotrachealkanülen, usw.:**

---

---

---

Stempel und Unterschrift des Arztes  
oder Krankenhauses

Seniorenpflegeheim Mittelfeld gGmbH  
30519 Hannover, Am Mittelfelde 100

Telefon: 0511-879 64-0

Telefax: 0511-879 64-127

E-Mail: [verwaltung@seniorenpflegeheim-mittelfeld.de](mailto:verwaltung@seniorenpflegeheim-mittelfeld.de)



Mitglied im  
Paritätischen Wohlfahrtsverband  
Niedersachsen e.V.