



Arztbericht / Überleitung

Patientendaten:

Vorname: _____ Geb. Datum : _____

Name: _____ Geb. -name : _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ist der Patient gehfähig: ja
 nein

Treppensteigen möglich : ja
 nein

Ist der Patient häufig bettlägerig: ja
 nein

Dauernd bettlägerig : ja
 nein

Kann der Patient allein zur Toilette: ja
 nein

Lässt der Patient Urin/Stuhl unter
sich: ja
 nein

Benötigt der Patient nachts Hilfe: ja
 nein

Raucher ? ja
 nein

Ist der Patient örtlich orientiert? ja
 nein
 nicht immer

Ist der Patient zeitlich orientiert? ja
 nein
 nicht immer

Suchtkrankheit ? nein
 ja, _____

geistige / seelische Störung ? nein
 ja, _____

Behinderung (hören, sehen,...)? nein
 ja, _____

Ist eine ärztliche Diät erforderlich? nein
 ja, _____

Diagnose/Sonstiges:

Der o.g. Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten. ja nein

Ort / Datum

Stempel Unterschrift des Arztes