



Anlage 11 des Heimvertrages vom



Gesellschaft für  
diakonische Einrichtungen  
in Hessen und Nassau mbH

Altenzentrum an der Rosenhöhe  
Pfarrer-Otto-Hahn-Haus

Dieburger Str. 199  
64287 Darmstadt  
Telefon: 06151/9774-0  
Fax: 06151/714932  
Seite 2 von 3

Ärztlicher Bericht für

e) Atmungsorgane (Asthma): .....

.....

f) Harnorgane: .....

g) gehfähig:  ja  nein  Eingeschränkt

h) neurol.-psychiatr. Befund: .....

.....

(insb. Epilepsie, Psychosen, Lähmungen, psych. abnormes Verhalten, Gemütslage, Orientierung, Sinnestäuschungen, Wahnideen, sonstige Zustände)

i) Einschränkungen/Kontrakturen, Behinderungen: .....

.....

j) Magen-Darm Erkrankungen: .....

.....

4. Medikation:

<u>Medikamente</u>	morgens/mittags/abends/nachts
.....	..... / ..... / ..... / .....
.....	..... / ..... / ..... / .....
.....	..... / ..... / ..... / .....
.....	..... / ..... / ..... / .....

<u>Medikamente</u>	morgens/mittags/abends/nachts
.....	..... / ..... / ..... / .....
.....	..... / ..... / ..... / .....
.....	..... / ..... / ..... / .....
.....	..... / ..... / ..... / .....

5. Folgende Hilfen sind notwendig:

Keine Hilfe notwendig

<b>Hilfen nötig bei:</b>	Essen	<input type="checkbox"/>	Trinken	<input type="checkbox"/>
	Gehen	<input type="checkbox"/>	Nicht gehfähig	<input type="checkbox"/>
	Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>
	Aufsichtsbedürftig	<input type="checkbox"/>		
<b>Patient ist:</b>	zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>
	völlig verwirrt	<input type="checkbox"/>	häufig/ dauernd bettlägerig	<input type="checkbox"/>

6. Werden Hausbesuche und ärztliche Betreuung übernommen?  ja  nein

7. Ist eine Diät erforderlich?  ja  nein

Wenn ja, welche?  Schonkost  Diabetikerkost BE  sonstige

Anlage 11 des Heimvertrages vom



Gesellschaft für  
*diakonische* Einrichtungen  
in Hessen und Nassau mbH

Altenzentrum an der Rosenhöhe  
Pfarrer-Otto-Hahn-Haus

Dieburger Str. 199  
64287 Darmstadt  
Telefon: 06151/9774-0  
Fax: 06151/714932  
Seite 3 von 3

Ärztlicher Bericht für

8. Welche Behandlung ist voraussichtlich erforderlich?

Medikamentengabe   
Verbandswechsel   
Einreibung   
Katheter   
Prothesen

Magensonde   
Anus-Praeter   
Trachealkanüle   
Injektion i.m.   
Injektion s.c.

Verordnete Therapien: .....

9. Krankenhausaufenthalte: .....  
während der letzten 6 Monate .....

10. Welche Fachärzte  
wurden konsultiert? .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arzt