

Befundbericht: Wohnen und Pflege

Ist bitte von der:dem behandelnden Ärztin:Arzt leserlich auszufüllen.

1. Persönliche Kund:innendaten

Name und Geburtsdatum der:des Kundin:Kunden

▼ Familienname

▼ Vorname

▼ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

2. Befund

Geistiger Zustand

orientiert

desorientiert:

zeitweise

dauernd

Tag

Nacht

zeitlich

örtlich

persönlich

situativ

Körperlicher Zustand

▼ Allgemeinzustand

▼ Ernährungszustand

Mobilität

gehfähig

teilweise gehfähig

bettlägerig

Der:die Kund:in verwendet ...

▼ Rollstuhl

ständig

zeitweise

▼ E-Rollstuhl

Ja

Nein

▼ 2 Krücken

ständig

zeitweise

▼ 1 Krücke/Stock

ständig

zeitweise

▼ Orthesen

ständig

zeitweise

▼ Prothesen

ständig

zeitweise

▼ Rollator

ständig

zeitweise

Für die:den Kundin:Kunden ist ...

▼ Treppensteigen unmöglich

ständig

zeitweise

▼ Aufstehen unmöglich

ständig

zeitweise

▼ Begleitung nötig

ständig

zeitweise

Organischer Zustand

▼ Herz-Kreislauf

▼ Nervensystem

▼ Atmungsorgane

▼ Verdauungsorgane

▼ Ausscheidung

▼ Stuhl

▼ Harn

kontinent

inkontinent

kontinent

inkontinent

Angeborene oder erworbene Gebrechen

Gehörlosigkeit

Stummheit

Blindheit

▼ sonstige:

Infektionskrankheiten (Leidet der:die Kund:in zurzeit an Infektionskrankheiten oder hat er:sie Infektionskrankheiten durchgemacht?)

Infektionskrankheiten

▼(z. B. Hepatitis C, HIV positiv)

Ist der:die Kund:in

▼derzeit Keimträger:in? (z. B. MRSA)

Besteht noch

▼Ansteckungsgefahr?

Ja

Nein

Begründung der Antragstellung auf Förderung für Wohnen und Pflege

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:

Bisherige Behandlungen

▼ Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt?

Diagnose

Bitte führen Sie hier die aktuelle(n) Diagnose(n) der:des Kundin:Kunden an und legen Sie die wesentlichen Befunde des letzten halben Jahres

▼ zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit der:des Kundin:Kunden in Kopie bei.

Unterschrift der:des Ärztin:Arztes

▼ Datum

▼ Unterschrift und Stempel der:des Ärztin:Arztes*

*Informationen zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten der unterschreibenden Person finden sich unter www.fsw.at/datenschutz.