

An das

HAUS DER BARMHERZIGKEIT  
Seeböckgasse 30a  
1160 Wien

HAUS DER BARMHERZIGKEIT  
Tokiostraße 4  
1220 Wien

Telefon: 40199-1326 / Fax: 40199-1308

Telefon: 90181-3325 / Fax: 90181-3327

**BEFUNDBERICHT** über den/die Patienten/in bzw. Bewohner/in

Name: ..... geb. am: .....

Anschrift: ..... Krankenkasse: .....

Derzeitiger Aufenthalt: .....

**1. Aktuelle Anamnese:**

.....  
.....  
.....  
.....

**2. Diagnosen (einschließlich Hepatitis-Serologie B, C; HIV):**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Körperlicher Zustand:**

**a) Selbsthilfefähigkeit:**

Benötigt Unterstützung:

keine                       kaum                       viel

benötigt Unterstützung in allen Aktivitäten des Täglichen Lebens

Barthel Index (max. 100 Punkte):

**b) Mobilität:**

.....  
 gehfähig                       teilweise gehfähig                       bettlägrig

benötigt Hilfsmittel,

Art:.....

Paresen/Plegie                       Kontrakturen                      Lokalisaton:.....

**c) Ausscheidungen:**

Harn:

kontinent

inkontinent

immer

ztw

Stuhl:

kontinent

inkontinent

immer

ztw

**d) Wunden:**

.....  
.....  
.....  
.....

**e) Aktuelle Keimbesiedlung:**

MRSA Testung:  durchgeführt

nicht durchgeführt

negativ

Datum:

positiv

Datum: .....

Lokalisation:.....

ESBL Testung:  durchgeführt

nicht durchgeführt

negativ

Datum:

positiv

Datum: .....

Lokalisation:.....

Clostridien:

... negativ

..... Datum:

positiv

Datum:

**f) Besonderer zusätzlicher Pflege-medizinischer Bedarf**

PEG

Colostoma/ Ileostoma

Tracheostoma

Port a CATH

Cystofix

#### 4. Psychische und neurologische Erkrankungen:

a) *Demenz*erkrankung:

- Alzheimer D                       Vaskuläre D

MMSE (max. 30 Punkte): .....

- AD/ VD                       Frontotemporale D                       LewyBody D/ Parkinson D

Nicht kognitive Symptome bei Demenz:

- Affektiv (Depressio, Angst ...)  
 Paranoid (wird bestohlen, belauscht, belästigt, verfolgt ...)  
 Agitation (Wandern, Rufen ...)  
 Apathie

b) *Insult*:

- linkshirnig                       rechtshirnig                       andere  
 ischämisch                       embolisch                       Blutung

Rez. Bildgebung (< 5 Jahre): CCT, MRT, MR-Angio, Sonographie der Hirngefäße

Restsymptomatik:

- Aphasie     Hemisymptomatik li/re  
 Dysarthrie     Ataxie  
 Dysphagie     Hemianopsie

c) *Epilepsie*:

- idiopathisch     symptomatisch (Insult, SHT ...)  
 fokal (Petit Mal)                       generalisiert (Grand Mal)                       sekundär generalisiert

Anfallshäufigkeit:                      EEG:    cerebrale Bildgebung:  
.....

d) *Noch nicht genannte neurodegenerative Erkrankungen (Chorea ...):*

.....  
.....  
.....

e) *Depressio:*

- rezidivierend                       bipolar, schizoaffektiv                       unipolar

Art und Dauer der Erkrankung:

.....  
.....  
.....  
.....

f) *Wahnhafte Störungen:*

- schizophrene Störung                       wahnhafte Störung

Art und Dauer der Erkrankung:

.....  
.....  
.....  
.....

g) *Abhängigkeitserkrankungen:*

- Alkohol                       Benzodiazepine                       Polytox

Art und Dauer der Erkrankung:

.....  
.....  
.....  
.....

**5. Bisherige Behandlung inkl. Medikation:**

.....  
.....  
.....  
.....

....., am .....

.....  
Unterschrift und Stampiglie des Arztes