

# HAUS DER BARMHERZIGKEIT

An das  
HAUS DER BARMHERZIGKEIT  
Am Maurer Berg – St. Josef  
Haymogasse 110-112  
1230 Wien

Telefon: 40199-8505 / Fax: 40199-8509

## BEFUNDBERICHT

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

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

Derzeitiger Aufenthalt: .....

### 1. Diagnosen (einschließlich Hepatitis-Serologie B, C; HIV):

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

### 2. Bisherige Behandlung inkl. Medikation:

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

### 3. Körperlicher Zustand:

#### a) *Mobilität:*

Barthel Index (max. 100 Punkte):

.....

gehfähig       teilweise gehfähig       bettlägrig

benötigt Hilfsmittel,

Art:.....

Paresen/Plegie       Kontrakturen      Lokalisaton:.....

#### b) *Ausscheidungen:*

Harn:

kontinent       inkontinent

immer

ztw

Stuhl:

kontinent       inkontinent

immer

ztw

**c) Wunden:**

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

**d) Aktuelle Keimbesiedlung:**

MRSA Testung:  positiv  negativ

Lokalisation:.....

ESBL Testung:  positiv  negativ

Lokalisation:.....

Clostridien:

... negativ  positiv

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

- PEG  Colostoma/ Ileostoma  Dauerkatheder  
 Tracheostoma  Port a CATH  Cystofix  
 Magensonde  Sauerstoff – welches System

**4. Psychische und neurologische Erkrankungen:**

**a) Demenzerkrankung:**

Alzheimer D  Vaskuläre D

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

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

Restsymptomatik:

- Aphasie     Hemisymptomatik li/re
- Dysarthrie     Ataxie
- Dysphagie     Hemianopsie

**c) Epilepsie:**

- ja     nein
- fokal (Petit Mal)                       generalisiert (Grand Mal)                       sekundär generalisiert

**d) Abhängigkeitserkrankungen:**

- Alkohol                       Benzodiazepine                       Polytox

Art und Dauer der Erkrankung:

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

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

.....  
Unterschrift und Stampiglie Arzt/Ärztin