

HAUS DER BARMHERZIGKEIT

An das

HAUS DER BARMHERZIGKEIT
Seeböckgasse 30a
1160 Wien

HAUS DER BARMHERZIGKEIT
Tokiostraße 4
1220 Wien

Telefon: 40199-1326 / Fax: 40199-1328

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**

b) Mobilität:

Barthel Index (max. 100 Punkte):

.....
 gehfähig teilweise gehfähig bettlägrig

benötigt Hilfsmittel,

Art:.....

Paresen/Plegie Kontrakturen Lokalisaton:.....

4. Psychische und neurologische Erkrankungen:

a) *Demenzkrankung:*

- 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 Arzt/Ärztin