

**Kurzbericht zur Veränderung des Gesundheitszustandes
und/oder Verhaltens**
zur besseren Kommunikation zwischen Hausärzten/Fachärzten/Klinikärzten
Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz, Stephensonstr.24-26, 14482 Potsdam

Name unseres Bewohners: _____

Diagnose: _____ seit wann: _____

Kurze Beschreibung der noch vorhandenen Fähigkeiten vor Änderung des Gesundheitszustandes und/oder Verhaltens:

--

Änderungen, die eingetreten sind (Gesundheitszustand und Verhalten):

--

Zeitpunkt und Dauer der Veränderung:

--

Medikamente alt:

Medikamente neu:

--	--

Erfolgte Maßnahmen und deren Ergebnisse:

--

Wir sind an einem Kontakt sehr interessiert; Telefon: 0331/704 88 28

Exam. Pflegekraft _____ **Unterschrift:** _____