



Ärztliches Gutachten

Haus 1 ()

Haus 2 ()

Haus 3 ()

Altenpflegeheim Bergstraße Brandis

Altenpflegeheim Kleegasse, Wurzen

Zur Prüfung der Voraussetzung für die Aufnahme bzw. den Verbleib in einem Alten- bzw. Pflegeheim werden Sie um die Abgabe eines Gutachtens für den / die Hilfesuchende(n) / Hilfeempfänger(in) gebeten:

Name, Vorname(n)

Geburtsort

Geburtsdatum

Anschrift

Gründe für die Aufnahme bzw. den Verbleib in einem Alten- und Pflegeheim nach Angaben des / der Hilfesuchenden / Hilfeempfängers(in)

Aufzunehmende Person ist einwilligungsfähig: ja nein

Diagnose

Liegt eine Suchterkrankung vor? ja nein wenn ja, welche?

Medikamente

Bitte Medikamentenplan mit Datum und Unterschrift als Anlage beifügen.

Einnahme der Medikamente

VU TÛ U A S

(Erläuterung: VÛ - Vollübernahme, TÛ - Teilübernahme, U - Unterstützung, A - Anleitung, S - Selbst)

Ansteckende Krankheiten

Personen, die in ein Alters- bzw. Pflegeheim eintreten, müssen vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme durch ein ärztliches Zeugnis nachweisen, dass bei ihnen keine ansteckende Krankheit (z.Bsp. Tbc) vorliegt (§ 48 a Bundesseuchengesetz). Um sicher zugehen, dass neu einziehende Heimbewohner dieser Pflicht nachkommen, empfiehlt es sich, eine Durchschrift oder Fotokopie eines ärztlichen Zeugnisses diesem Fragebogen beizulegen.

Der / Die Hilfesuchende, leidet nicht an ansteckenden Krankheiten leidet an folgenden ansteckenden Krankheiten (insbesondere Tbc). Krankheitserreger MRSA/MRGN

Laut Infektionsschutzgesetz vom 01.01.2001 (§ 36 Abs. 4 IfSG) darf die Erhebung der Befunde nicht länger als 6 Monate zurückliegen.

Schrittmacherimplantation

ja nein

letzte Überprüfung / behandelnder Arzt:

Besteht ein nächtlicher Grundkrankenpflegebedarf? ja nein

Angaben zur Pflegebedürftigkeit / Pflegediagnosen

Hilfsmiteleinsetz:

Kontrakturen:

Hemiplegien oder Paraparesen:

unkontrollierte Bewegungen:

Fehlstellung der Extremitäten:

eingeschränkte Belastbarkeit: (z.Bsp.durch kardiopulmonale Dekompensation)

Abwehrverhalten bedingt durch

eingeschränkte Sinneswahrnehmungen:

starke Schmerzen:

Dekubitus / Hautveränderungen:

Der / Die Hilfesuchende / Hilfeempfänger(in) benötigt fremde Hilfe bei folgenden Verrichtungen des täglichen Lebens

Mobilität

	ja	nein	VÜ	TÜ	U	A	S
Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlassen der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauffendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperpflege

Waschen und sonstige Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen- und Darmentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung / Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körpergrößem

Körpergewicht kg

Ernährung Vollkost Diät-Kost Schon-Kost

Zubereitung der Nahrung

Aufnahme der Nahrung

Sondenkost ja nein

- enterale Ernährung mit Magensonde ja nein

- PEG ja nein

Allergene/Nahrungsunverträglichkeit ja nein wenn ja, welche: _____

Orientierung	zeitweise	ständig	nicht
- zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zur Person orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besteht eine besondere Aufsichtspflicht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leidet unter Ängsten, Depressionen, Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkung der Sicherheit in der Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gestörter Tag- / Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärztliche/Fachärztliche Behandlung

Hausarzt ja nein
 Name
 Anschrift Telefon:

Neurologe: ja nein
 Name
 Anschrift Telefon:

Zahnarzt: ja nein
 Name
 Anschrift Telefon:

Augenarzt: ja nein
 Name
 Anschrift Telefon:

Kardiologe: ja nein
 Name
 Anschrift Telefon:

weitere: ja nein
 Name
 Anschrift Telefon:

Impfungen:

.....

Sonstiges:

.....

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift des Arztes
------------	----------------------------------

Dieses Gutachten ist kostenpflichtig nach GOÄ

