Soziale Dienste Muldental
Stationäre Altenpflege

Soziale Dienste Muldental gGmbH · Kutusowstr. 70 · 04808 Wurzen
Tel.: 03437 / 9378-2000 Fax: 03437 / 9378-2009

Ärztliches Gutachten

Haus 1 (☐) Altenpflegeheim Bergstraße Brandis

Haus 2 (☐)

Haus 3 (☐) 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	TÜ	U	A	S
☐	☐	☐	☐	☐

(Erläuterung: **VÜ** - Vollübernahme, **TÜ** - 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, empfielt 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
Hilfsmitteleinsatz:
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			**VÜ**	**TÜ**	**U**	**A**	**S**
Aufstehen / Zubettgehen	☐ ja	☐ nein	☐	☐	☐	☐	☐
An- und Auskleiden	☐ ja	☐ nein	☐	☐	☐	☐	☐
Bettlägerigkeit	☐ ja	☐ nein	☐	☐	☐	☐	☐
Gehen	☐ ja	☐ nein	☐	☐	☐	☐	☐
Stehen	☐ ja	☐ nein	☐	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐ ja	☐ nein	☐	☐	☐	☐	☐
Verlassen der Einrichtung	☐ ja	☐ nein	☐	☐	☐	☐	☐
Weglauftendenz	☐ ja	☐ nein					
Körperpflege							
Waschen und sonstige Körperpflege			☐	☐	☐	☐	☐
Baden			☐	☐	☐	☐	☐
Duschen			☐	☐	☐	☐	☐
Blasen- und Darmentleerung			☐	☐	☐	☐	☐
Toilettenbenutzung / Stuhl			☐	☐	☐	☐	☐
Inkontinenz			☐	☐	☐	☐	☐

Körpergröße ……..m **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	☐	☐	☐
- örtlich orientiert	☐	☐	☐
- situativ orientiert	☐	☐	☐
- zur Person orientiert	☐	☐	☐
besteht eine besondere Aufsichtspflicht ?	☐	☐	☐
leidet unter Ängsten, Depressionen, Wahnvorstellungen	☐	☐	☐
Einschränkung der Sicherheit in der Umgebung	☐	☐	☐
gestörter Tag- / Nachtrhythmus	☐	☐	☐
Weglauftendenz	☐	☐	☐

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

erstellt 09/2009
überarbeitet: 02/2015
Altenheimgesellschaft Muldental gGmbH

Nachdruck u. Nachahmung, elektr. Vervielfältigung und Speicherung verboten !

Anlage Medikamentenplan

Feste Medikation

Medikamentenname/ Wirkstoff	Verabreichung	mo	vm	mi	nm	ab	na	Bemerkung	Zusatzinformation

Injektionen

Medikamentenname/ Wirkstoff	Verabreichung	mo	vm	mi	nm	ab	na	Bemerkung	Zusatzinformation

Bedarfmedikation

Medikamentenname/ Wirkstoff	Verabreichungsart	Einzeldosis	Max.dosis in 24 h	Verabreichung bei folgenden Symptomen:

Datum: _____ Unterschrift des Arztes _____ Stempel des Arztes _____