

# Ärztliches Gutachten für die Heimaufnahme

Frau/Herr ..... geb. am: .....

Anschrift: .....

## 1. Hilfeleistungen

Die Patientin/der Patient bedarf keiner besonderen Hilfeleistung

Hilfe ist nötig beim:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Waschen               | <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren     | <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden  |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen | <input type="checkbox"/> Benutzung der Toilette |  |
| <input type="checkbox"/> Essen und Trinken     | <input type="checkbox"/> Gehen                  | <input type="checkbox"/> Fahren im Rollstuhl |

## 2. Es bestehen:

- zeitweise:       Urininkontinenz       Stuhlinkontinenz       Aufsichtsbedürftig.  
dauernd:         Urininkontinenz       Stuhlinkontinenz       Aufsichtsbedürftig.

## 3. Die Patientin/der Patient ist:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> nicht gehfähig         | <input type="checkbox"/> häufig bettlägerig    | <input type="checkbox"/> dauernd bettlägerig |
| <input type="checkbox"/> zeitlich desorientiert | <input type="checkbox"/> örtlich desorientiert | <input type="checkbox"/> völlig verwirrt     |
| <input type="checkbox"/> unruhig                | <input type="checkbox"/> laut                  | <input type="checkbox"/> aggressiv           |

4. Gemütsstimmung: .....

5. Suchterkrankungen: .....

6. Körperliche Behinderungen .....

7. Geistig-seelische Behinderungen .....

8. Ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, MRSA, Hepatitis C) .....

9. Besondere Diätkost erforderlich? Welche? .....

10. Diagnose, sowie weitere Hinweise und Bemerkungen des Arztes .....

.....  
.....

## 11. Der Patientin, dem Patient rate ich zum Einzug in ein:

- Altenwohnheim     Altenheim     Pflegeheim     beschützendes Heim

## 12. Meines Erachtens tendiert sie/er zur Pflegestufe:

- ohne Pflegestufe     Pflegestufe 1     Pflegestufe 2     Pflegestufe 3

.....

.....

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes