

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