



Ärztliche Stellungnahme

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.
Bitte in Druckbuchstaben schreiben und Zutreffendes ankreuzen.

1. Name, Vorname:			
2. Geburtsdatum:			
3. Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
4. Ist Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
5. Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja, ständig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> nein
a) Wechseldruckmatratze erforderlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
b) Decubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
c) Ulcera	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Beherrschung des Stuhlgangs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation
7. Beherrschung des Urinabganges	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter
8. Hilfe ist notwendig bei(m)	<input type="checkbox"/> Essen/Trinken <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Aufsuchen und/oder Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> Tag-/Nachtrhythmus gestört
9. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
10. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
11. Persönlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
12. Situativ orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
13. Weglauftendenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
a) Betreuung: Beschluss (§ 1896 BGB)	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
b) Betreuung: Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> ja, folgende _____		<input type="checkbox"/> nein
c) Fixierung: Beschluss	<input type="checkbox"/> ja, folgender _____		<input type="checkbox"/> nein
14. Eigen-/Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
15. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja, folgende _____		<input type="checkbox"/> nein
16. Körperliche Behinderung(en)?	<input type="checkbox"/> ja, Art der Behinderung _____		<input type="checkbox"/> nein
17. Geistig-seelische Störungen?	<input type="checkbox"/> ja, folgende _____		<input type="checkbox"/> nein
18. Besteht Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
19. Besteht Blindheit?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

20. Diagnose (bitte in Druckbuchstaben):

21. Medikation: Marcumar ja nein

a) Port-Katheter ja nein
b) Tracheostoma ja nein
c) Herzschrittmacher ja nein

22. Hat der Patient ansteckende Krankheiten (auch ansteckungsfähige Lungentuberkulose gem. § 36 Abs., 4 IfGS)?

ja nein

a) MRSA ja

b) Hepatitis ja A B C

c) andere ansteckende Krankheiten? ja, folgende _____

23. Bestehen Allergien/Anfallsleiden? ja, folgende _____ nein

24. Spezielle Diät ja, folgende _____

nein Orale Medikation

Insulin, Präparat: _____ Dosierung: _____

Wie viele BE? _____

25. Empfohlene Unterbringung Wohnbereich

Wohnen mit Pflegeleistungen

Beschützende Abteilung

26. Die Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung ist erforderlich wegen*:

des Fehlens einer Pflegeperson.

drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegeperson(en).

drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen.

räumlicher Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die nicht die häusliche Pflege ermöglichen, und die nicht durch individuelle Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) führen können.

(*Hinweis: Das Kriterium des Fehlens einer Pflegeperson bzw. der fehlenden Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen sollte erst dann als erfüllt betrachtet werden, nachdem der Antragsteller auf die Möglichkeit, Sachleistungen in Anspruch nehmen zu können, hingewiesen wurde.)

27. Schnelleinstufung erfolgt? nein ja, folgende _____

a) liegt eine Pflegestufe vor? nein ja, folgende _____

28. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Ort, Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arztes _____ Telefonnummer _____