

Ärztliche Beurteilung

Anlässlich der Vormerkung zur Aufnahme in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung auch per Fax an die untenstehende Anschrift. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Evtl. berechnete ärztliche Gebühren werden von der Einrichtung grundsätzlich nicht übernommen!

Abkürzungen: da = dauernd, re = rechts, li = links, zw = zeitweilig

1. Persönliche Angaben:

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Es besteht Gehfähigkeit | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Anus praeter | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Treppensteigen ist möglich | <input type="checkbox"/> Blaseninkontinenz | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Häufige Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Lungen-Tbc <input type="checkbox"/> inaktiv <input type="checkbox"/> aktiv |
| <input type="checkbox"/> Ständige Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> Mastdarminkontinenz | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Dauerausscheider |
| <input type="checkbox"/> Haushalt kann nicht mehr selbstständig geführt werden | | | |
| <input type="checkbox"/> Allergie gegen: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: _____ | | | |

3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:

Lähmungen:	re.	li.	Versteifungen:	re.	li.	Amputationen:	re.	li.
<input type="checkbox"/> Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hand/Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Querschnittslähmung			<input type="checkbox"/> Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Orientierungsvermögen und Verhalten:

Orientierungsvermögen	da.	zw.	Verhalten:	da.	zw.	Gemütsstimmung	da.	zw.
<input type="checkbox"/> Desorientierung örtl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desorientierung zeitl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nichterkennen von Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> Neigung z. Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> Suizidgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

5. Behinderungen und Störungen:

Geistige Behinderung, Art: _____
Körperliche Behinderung, Art: _____

Sinnesbehinderung

- | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Motorische Sprachstörung | <input type="checkbox"/> erblindet | re. | li. |
| <input type="checkbox"/> Sensorische Sprachstörung | <input type="checkbox"/> schwerhörig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eingeschränktes Sehvermögen | <input type="checkbox"/> Hörgerät-Träger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Brillenträger | <input type="checkbox"/> ertaubt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Suchtabhängigkeit:

- Alkohol: _____ Medikamente, hier: _____

7. An Hilfsmitteln werden benutzt:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stock | <input type="checkbox"/> Prothesen: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfen | <input type="checkbox"/> Brille _____ |
| <input type="checkbox"/> Gehgestell | <input type="checkbox"/> Hörgerät _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankenfahr-/Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe | |

8. Hilfe ist nötig beim:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Gehen |
| <input type="checkbox"/> Baden | <input type="checkbox"/> Treppensteigen |
| <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren | <input type="checkbox"/> Fahren im Krankenfahrstuhl |
| <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden | |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen | <input type="checkbox"/> _____ |

9. Letzte stationäre Behandlung:

- Allgemeinkrankenhaus Psychiatrisches Krankenhaus/ psychiatrische Abteilung:
Datum: _____ Ort: _____ Grund: _____

10. Diagnosen:

11. Medikamentöse Therapie:

12. Ernährung:

- Vollkost Zuckerdiät Leichte Kost (salzarm) Flüssignahrung

13. Nachweis gemäß § 48 a Abs. 2 Bundesseuchen-Gesetz

- Beim Patienten liegt weder ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane noch eine andere ansteckende Krankheit vor.

14. Empfohlene stationäre Versorgung: Patient sollte aufgenommen werden

- im Altenheim (Wohnbereich) im Pflegeheim (Pflegebereich) in einer beschützenden Abteilung

15. Ergänzende Anmerkungen:

_____, den _____, _____
Ort Datum Stempel u. Unterschrift der Ärztin/des Arztes