(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**ÄRZTLICH/PFLEGERISCHES GUTACHTEN**

**(zur Anmeldung um Aufnahme in ein Alten-/Pflegeheim)**

Antragsteller:

Geburtsdatum:

Wohnhaft:

|  |
| --- |
| **Diagnosen:** |

|  |
| --- |
| **Medikamente:** |

|  |
| --- |
| **Wesentliche Vorerkrankungen:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Infektionsgefahr (Hepatitis, TBC, …)** | o ja (welche):  o nein |

|  |
| --- |
| **Psychische Störungen, durch die der Antragsteller seine Umgebung oder sich gefährdet:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Atmung:** | o unauffällig  o braucht Sauerstoff o zeitweise  o dauernd  o Tracheostoma (seit):  o muss abgesaugt werden  o Heimrespirator |

|  |  |
| --- | --- |
| **Essen und Trinken:** | o selbständig  o muss zum Essen angehalten werden  o Nahrung muss eingegeben werden |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ernährung:** | o Diät (welche):  o Breikost o Schluckstörung  o Sonde (welche): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mobilität:** | o selbständig  o braucht Hilfsmittel, welche?  o Unterstützung bei:  o bettlägrig (seit): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ausscheidung:** | o selbständig  o Harninkontinenz  o Stuhlinkontinenz  o Fremdhilfe (welche):  o Dauerkatheter (welcher): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Körperpflege:** | o selbständig  o tägliche Hilfe (welche):  o wird vollständig durch Dritte übernommen |

|  |  |
| --- | --- |
| **An-/Auskleiden:** | o selbständig  o braucht Hilfe |

|  |  |
| --- | --- |
| **Behandlungspflege:** | o selbständiger Umgang mit Medikamenten bzw.  Therapien  o Unterstützung beim Umgang mit Medikamenten  bzw. Therapien  o Insulin o selbständig  o braucht Hilfe  o Überwachung der Medikamenteneinnahme  o Verbände/Therapien (welche) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Orientierung:** | o völlig orientiert  o leichte Orientierungsschwierigkeiten  o schwankt zwischen leichter und schwerer  Desorientierung  o dauernd schwer desorientiert  o desorientiert mit belastender Auswirkung auf  die Umgebung (welche): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Verhalten in der Nacht:** | o orientiert  o desorientiert  o Schlafstörungen (welche): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kommunikation und soziales**  **Verhalten:** | o gestaltet persönlichen Alltag selbst  o ist passiv, lässt sich animieren  o völlig zurückgezogen  o Sinnesbeeinträchtigung  o sehen: o hören:  o sprechen: o Koma: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Atmung:** | o unauffällig  o braucht Sauerstoff o zeitweise  o dauernd  o Tracheostoma (seit):  o muss abgesaugt werden  o Heimrespirator |

|  |
| --- |
| **Beschreibung der seelischen Situation/Gemütsstimmung:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Heimaufnahme:** | Antragsteller weiß um Heimaufnahme:  o ja o nein  wie steht der Antragsteller zur Heimaufnahme  o bejahend o ablehnend |

|  |
| --- |
| **Hinweise/Anmerkungen des Arztes:** |

|  |
| --- |
| **Begründung der Notwendigkeit für eine Heimaufnahme:** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Arztstempel und Unterschrift