(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 unauffälligo braucht Sauerstoff o zeitweise o dauerndo Tracheostoma (seit):o muss abgesaugt werdeno Heimrespirator |

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Ausscheidung:** | o selbständigo Harninkontinenzo Stuhlinkontinenzo Fremdhilfe (welche):o Dauerkatheter (welcher): |

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Orientierung:** | o völlig orientierto leichte Orientierungsschwierigkeiteno schwankt zwischen leichter und schwerer Desorientierungo dauernd schwer desorientierto desorientiert mit belastender Auswirkung auf die Umgebung (welche): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Verhalten in der Nacht:** | o orientierto desorientierto Schlafstörungen (welche): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kommunikation und soziales****Verhalten:** | o gestaltet persönlichen Alltag selbsto ist passiv, lässt sich animiereno völlig zurückgezogeno Sinnesbeeinträchtigung o sehen: o hören: o sprechen: o Koma: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Atmung:** | o unauffälligo braucht Sauerstoff o zeitweise o dauerndo Tracheostoma (seit):o muss abgesaugt werdeno Heimrespirator |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Heimaufnahme:** | Antragsteller weiß um Heimaufnahme:o ja o neinwie steht der Antragsteller zur Heimaufnahmeo bejahend o ablehnend |

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

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

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

Datum Arztstempel und Unterschrift