

# Ärztliche Beurteilung anlässlich der Vormerkung zur Aufnahme in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe



**Bartholomäus Wohnpark**

Seniorenwohn- u. Pflegeheim

Hirtenackerstr. 45, 95463 Bindlach

Tel.: 09208/603-0; Fax: 09208/603-444

Zutreffendes bitte  ankreuzen!

Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung auch per Fax an die nebenstehende 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: Haushalt kann nicht mehr selbständig geführt werden

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <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 Bettlägrigkeit     | <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 Bettlägrigkeit    | <input type="checkbox"/> Mastdarminkontinenz        | <input type="checkbox"/> Parkinson         | <input type="checkbox"/> Dauerausscheider   |
| <input type="checkbox"/> Allergie gegen: .....      | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung: ..... |  |   |

## 3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:

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

## 4. Orientierungsvermögen und Verhalten:

<b>Orientierungsvermögen</b>		da	zw	<b>Verhalten</b>		da	zw	<b>Verhalten</b>		da	zw	<b>Gemütsstimmungen</b>		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"/> Demenz		<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"/> Neigung z. Weglaufen		<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"/> Suizidgefahr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

## 5. Behinderungen und Störungen:

Geistige Behinderung; Art: .....	<b>Sinnesbehinderung:</b>	re.	li.
Körperliche Behinderung; Art: .....	<input type="checkbox"/> Motorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sensorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Eingeschränktes Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Brillenträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> erblindet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> schwerhörig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Hörgerät-Träger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/> Gehgestell	<input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Gehhilfen	<input type="checkbox"/> Krankenfahr- / Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Hörgerät
	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar:
	<input type="checkbox"/> Prothesen .....	
<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> Baden	<input type="checkbox"/> Aufstehen / Zubettgehen
<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette
	<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> Gehen
		<input type="checkbox"/> Treppensteigen
		<input type="checkbox"/> Fahren i. Krankenfahrstuhl

## 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

## 5. Ergänzende Anmerkungen:

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes