

# Ärztliche Beurteilung

anlässlich der Vormerkung / des Einzuges in das

Friedrich- Engelhardt- Str. 8  
91257 Pegnitz  
Telefon 09241/ 737 - 0  
Telefax 09241/ 737 - 190



**BRIGITTENHEIM**  
Wohnen - Betreuen - Helfen - Pflegen  
IM PEGNITZER BRIGITTENPARK

Zutreffendes bitte ankreuzen. Abkürzungen: da = dauernd, zw = zeitweilig, re = rechts, li = links

## 1. Persönliche Angaben:

Vor- und Zuname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße: ..... PLZ: ..... 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 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"/> aktiv <input type="checkbox"/> inaktiv |
| <input type="checkbox"/> Ständige Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> Mastdarminkontinenz        | <input type="checkbox"/> Parkinson         | <input type="checkbox"/> Dauerausscheider   |
| <input type="checkbox"/> Allergie gegen: .....    | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung: ..... |  |   |

Haushalt kann nicht mehr selbständig geführt werden

## 3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen

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

## 4. Orientierungsvermögen und Verhalten:

- | Orientierungsvermögen:                              |                          | da                       |                          | zw                                       |                          | Verhalten                                  |                          | da                       |                          | zw                       |                          | da  |                          | zw                       |                          | Gemütsstimmungen         |   | da                       |                          | zw                       |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desorientierung örtlich    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> Demenz           | <input type="checkbox"/> freundlich           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung zeitlich   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depressionen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> selbstgefährlich | <input type="checkbox"/> willig               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nichterkennen von Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Halluzinationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> gemeingefährlich | <input type="checkbox"/> verdrießlich         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> Nächtl. Unruhe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Suizidgefahr     | <input type="checkbox"/> bössartig            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                          |  |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> Neigung z. Weglaufen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 5. Behinderungen und Störungen:

- |  |   |   |                                    |                          |                          |
|--|---|---|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Geistige Behinderung; Art:</b> .....    | <b>Sinnesbehinderung:</b>                         | <input type="checkbox"/> Motorische Sprachstörung | <input type="checkbox"/> erblindet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Körperliche Behinderung; Art:</b> ..... | <input type="checkbox"/> Sens. Sprachstörung      | <input type="checkbox"/> schwerhörig              | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> Eingeschränktes Sehverm. | <input type="checkbox"/> Hörgerät- Träger         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> Brillenträger            | <input type="checkbox"/> ertaubt                  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> Medikamente:             |   |                                    |                          |                          |

## 6. Suchtabhängigkeit:

Alkohol

## 7. An Hilfsmitteln werden benutzt:

- |  |                                     |   |                                   |
|--|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stock               | <input type="checkbox"/> Gehgestell | <input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe | <input type="checkbox"/> Brille   |
| <input type="checkbox"/> Unterarm-Gehstützen | <input type="checkbox"/> Rollstuhl  | <input type="checkbox"/> Prothesen            | <input type="checkbox"/> Hörgerät |

## 8. Fremde Hilfe ist nötig beim:

- |                                  |   |  |  |
|----------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen   | <input type="checkbox"/> Baden              | <input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen | <input type="checkbox"/> Treppensteigen      |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren | <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> Fahren im Rollstuhl |
|                                  | <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden     | <input type="checkbox"/> Gehen                 | <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 § 48a Abs. 2 Bundesseuchen- Gesetz:

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

## 14. Empfohlene stationäre Versorgung:

Wohnbereich  Pflegebereich  beschützender Wohn- und Pflegebereich

## 15. Ergänzende Anmerkungen:

Ort ..... Datum ..... Stempel und Unterschrift des Arztes .....