

Ärztliche Beurteilung

1. Persönliche Angaben:

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

2. Medizinische Diagnosen

3. Aktuelle Medikation

4. Fremde Hilfe nötig beim:

Essen Frisieren/Rasieren Aufstehen/Zubettgehen
 Waschen An-Auskleiden Aufsuchen der Toilette

5. Mobilität

	Ja	Nein	Zw
Besteht Gehfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ständige Bettlägerigkeit			

6. Kontinenz

	Ja	Nein	Zw_
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Orientierung

	Ja	Nein	Zw
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personenerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Hilfsmittel

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Verhalten:

	Ja	Nein	Zw
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinlauffendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. Einschränkungen

	Ja	Nein		
Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörgeräte	<input type="checkbox"/>
Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>
Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

10. Suchtabhängigkeit:

Alkohol Medikamente Drogen

11. Nachweis gemäß § 48a Abs. 2 Bundesseuchen- Gesetz:

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

12. Allergiene gegen:

13. Empfohlene stationäre Versorgung:

Wohnbereich beschützender Wohnbereich

.....
Ort/Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes