

# Ärztliche Beurteilung

anlässlich der Vormerkung zur Aufnahme in eine  
Einrichtung der stationären Altenhilfe

Am Hopfenberg 36  
95500 Heinersreuth  
Tel. 0921/745448-8

Zutreffendes bitte ankreuzen!  
Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung in  
verschlossenem Umschlag an die nebenstehende Einrichtung.  
Die Angaben werden vertraulich behandelt.  
Abkürzung:  
da = dauernd, re = rechts, li = links, zw = zeitweilig

## 1. Persönliche Angabe:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

<b>2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten</b>				<input type="checkbox"/> 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 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:

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

## 4. Orientierungsvermögen und Verhalten:

Orientierungsvermögen da zw		Verhalten		Verhalten		Gemütsstimmungen	
	da zw		da zw		da zw		da zw
<input type="checkbox"/> Desorientierung örtl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neigung zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desorientierung zeitl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nichterkennen von Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Suizidgefahr	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>				

## 5. Behinderungen und Störungen

Geistige Behinderung; Art: _____	<b>Sinnesbehinderung:</b>	<input type="checkbox"/> Motorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/> erblindet
_____	<input type="checkbox"/> Sensorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/> eingeschr. Sehvermögen	<input type="checkbox"/> schwerhörig
Körperliche Behinderung; Art: _____	<input type="checkbox"/> Brillenträger	<input type="checkbox"/> Hörgerät-Träger	<input type="checkbox"/> ertaubt
_____	<input type="checkbox"/> Medikament, hier: _____		

## 6. Suchtabhängigkeit:

Alkohol  Medikament, hier: \_\_\_\_\_

## 7. An Hilfsmittel werden benutzt:

<input type="checkbox"/> Handstock	<input type="checkbox"/> Krankenfahrstuhl/Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Brillenträger	
<input type="checkbox"/> Gehstöcke	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Hörgerät	
<input type="checkbox"/> Gehgestell	<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Sonstige und zwar: _____	

## 8. Fremde Hilfe 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 i. Krankenfahrstuhl
	<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 § 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)  einer beschützenden Abteilung

## 15. Ergänzende Anmerkungen:

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

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes