

Ärztliche Beurteilung

anlässlich der Vormerkung / Aufnahme in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe

Seniorenhof Schloßberg Am Schloßberg 7 91598 Colmberg Telefon 09803- 93 29 5-0 Telefax 09803- 93 29 5-50 Internet: www.seniorenhof-schlossberg.de E-Mail: info@seniorenhof-schlossberg.de	Zutreffendes bitte ankreuzen Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung in einem verschlossenen Umschlag an die nebenstehende Anschrift Die Angaben werden vertraulich behandelt Abkürzungen: da = dauernd, re = rechts, li = links, zw = zeitweilig
---	--

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 ist 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"/> inaktiv <input type="checkbox"/> aktiv
<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: _____		

3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:

Lähmungen:	re	li	Versteifungen:	re	li	Versteifungen:	re	li	Amputationen:	re	li
<input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<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"/> Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schulter	<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"/> Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputationen:			<input type="checkbox"/> Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Querschnittslähmung			<input type="checkbox"/> Hand/Finger	<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"/> Hand	<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:

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

5. Behinderungen und Störungen

Geistige Behinderung: Art: _____

Körperliche Behinderung Art: _____

Sinnesbehinderung:

<input type="checkbox"/> Motorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/> erblindet	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sensorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/> schwerhörig	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eingeschränkt. Sehvermögen	<input type="checkbox"/> Hörgerät – Träger	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brillenträger	<input type="checkbox"/> gehörlos	<input type="checkbox"/>

6. Suchtabhängigkeit: Alkohol Nikotin Medikamente, hier: _____

7. An Hilfsmitteln werden benutzt:

<input type="checkbox"/> Stock	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Hörgerät
		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

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"/> _____
	<input type="checkbox"/> An/Auskleiden	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> _____

9. Letzte stationäre Behandlung Datum _____

<input type="checkbox"/> Allgemeinkrankenhaus Ort _____	<input type="checkbox"/> Psychiatrisches Krankenhaus, psychiatrische Abteilung: Grund _____
---	---

10. Diagnosen: _____

11. Medikamentöse Therapie: _____

12. Ernährung:

Vollkost Leichte Kost (salzarm) andere Kost, welche _____

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: Patient sollte aufgenommen werden
 im Pflegeheim (Pflegebereich) in einer offenen gerontopsychiatrischen Abteilung

15. Ergänzende Anmerkungen: _____

Ort **Datum** **Stempel und Unterschrift des Arztes**