

Ärztliches Gutachten für die Heimaufnahme

Frau/Herrn: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

1. Hilfeleistungen

Die Patientin/ der Patient bedarf keiner besonderen Hilfeleistung!

Hilfe ist nötig beim:

- | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Waschen | <input type="radio"/> Frisieren | <input type="radio"/> An-/ Auskleiden |
| <input type="radio"/> Aufstehen/ Zubettgehen | <input type="radio"/> Benützen der Toilette | <input type="radio"/> Fahren im Rollstuhl |
| <input type="radio"/> Essen und Trinken | <input type="radio"/> Gehen | <input type="radio"/> Medikation |

Sonstiges: _____

2. Es besteht:

- | | | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| zeitweise <input type="radio"/> Urininkontinenz | <input type="radio"/> Stuhlinkontinenz | <input type="radio"/> Aufsichtsbedürftigkeit |
| dauernd <input type="radio"/> Urininkontinenz | <input type="radio"/> Stuhlinkontinenz | <input type="radio"/> Aufsichtsbedürftigkeit |

3. Die Patientin/ der Patient ist:

- | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> <u>nicht</u> gehfähig | <input type="radio"/> häufig bettlägerig | <input type="radio"/> dauernd bettlägerig |
| <input type="radio"/> zeitlich desorientiert | <input type="radio"/> örtlich desorientiert | <input type="radio"/> zur Person desorientiert |
| <input type="radio"/> nächtlich unruhig | <input type="radio"/> willig/ freundlich | <input type="radio"/> aggressiv |

Sonstiges: _____

4. Gemütsstimmung: _____

5. Suchterkrankungen: _____

6. Körperliche Behinderungen: _____

7. Geistig- seelische Behinderungen: _____

8. Ansteckende Krankheiten(z.B. Tbc., MRSA, Hepatitis C): _____

9. Besondere Diätkost erforderlich, welche?: _____

10. Diagnosen, sowie weitere Hinweise und Bemerkungen des behandelnden Arztes:

11. Der Patientin/ dem Patienten rate ich zum Einzug in ein:

- Seniorenwohnheim Pflegewohnheim Pflegeheim mit beschützender Station

12. Meines Erachtens tendiert Sie/ Er zur Pflegestufe:

- Rüstig / ohne Pflegestufe Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3