

Ärztliches Gutachten

für die **Aufnahme oder Verlegung** in ein(e)

Seniorenwohnhaus, stationäre Pflege-, Tagespflege-, Kurzzeitpflegeeinrichtung
bzw. für die **Versorgung und Betreuung** durch **ambulante Pflegedienste/Sozialstationen**
gemäß SBG V und XI sowie dem BSHG

- Bitte in Block- oder Maschinenschrift ausfüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen -

Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Straße	Telefon
1. Die vorgenannte Person befindet sich im/in der <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Abteilung für _____ <input type="checkbox"/> eigenen Wohnung <input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflegeeinrichtung bzw. seit dem _____ 20_____ in einem/einer <input type="checkbox"/> Seniorenwohnhaus <input type="checkbox"/> stationären Pflegeeinrichtung/Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ist anerkannt Pflegestufe I <input type="checkbox"/> Pflegestufe II <input type="checkbox"/> Pflegestufe III <input type="checkbox"/>		
2. Diagnose(n) zum Zeitpunkt der Begutachtung		
3. Seit wann besteht das Hauptleiden? Bisheriger Verlauf?		
4. Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen – u. .a. Bewegungsapparat, Sinnesorgane, Kreislauf.		
5. Liegen psychische Störungen vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja, welcher Art?)		
6. Die letzte Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am _____ 20_____ Liegen Anzeichen für aktive Lungentuberkulose vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
7. Frau/ Herr: _____ ist: a) imstande allein den Haushalt zu besorgen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja b) imstande, sich alleine an- und auszukleiden _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja c) imstande, sich allein körperlich zu reinigen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja d) imstande selbständig zu essen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja e) imstande, sich allein im Bett aufzusetzen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja f) imstande, allein aus dem Bett aufzustehen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja g) imstande, allein zu gehen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja h) imstande, allein Treppen zu steigen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja i) kontinent für Urin _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja j) kontinent für Stuhl _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja k) ständig bettlägerig _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja l) völlig auf fremde Hilfe angewiesen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

