

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 SGB V und XI sowie dem BSHG

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

Name	Vorname	Geburtsdatum														
Wohnort		Telefon														
<p>1. Die vorgenannte Person befindet sich im/in der</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Krankenhaus</td> <td>bzw. seit dem _____ in einem/einer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abteilung für _____</td> <td><input type="checkbox"/> Seniorenwohnhaus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eigenen Wohnung</td> <td><input type="checkbox"/> stationären Pflegeeinrichtung/Pflegebedürftigkeit nach</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung</td> <td>SGB XI ist anerkannt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kurzzeitpflegeeinrichtung</td> <td>Pflegestufe I <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Pflegestufe II <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Pflegestufe III <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Krankenhaus	bzw. seit dem _____ in einem/einer	<input type="checkbox"/> Abteilung für _____	<input type="checkbox"/> Seniorenwohnhaus	<input type="checkbox"/> eigenen Wohnung	<input type="checkbox"/> stationären Pflegeeinrichtung/Pflegebedürftigkeit nach	<input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung	SGB XI ist anerkannt	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflegeeinrichtung	Pflegestufe I <input type="checkbox"/>		Pflegestufe II <input type="checkbox"/>		Pflegestufe III <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	bzw. seit dem _____ in einem/einer															
<input type="checkbox"/> Abteilung für _____	<input type="checkbox"/> Seniorenwohnhaus															
<input type="checkbox"/> eigenen Wohnung	<input type="checkbox"/> stationären Pflegeeinrichtung/Pflegebedürftigkeit nach															
<input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung	SGB XI ist anerkannt															
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflegeeinrichtung	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 allein an- und auszukleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja														
c) imstande, sich allein körperlich zu reinigen und zu pflegen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja														
d) imstande, selbstständig 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, 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														

8. Maßnahmen, die bei einer Verlegung in eine Akutgeriatrie oder zur Rehabilitation notwendig sind

a) Arztvisite

täglich mehrmals wöchentlich seltener oder nach Bedarf

b) Fachpflegerische Maßnahmen

aufgrund ärztlicher Verordnung durch Pflegefachkräfte

(zum Beispiel Verbände, Infusionen, Spülungen, Decubituspflege, katheterisieren)

nein ja

c) monatlich mehrfach diagnostische Leistungen (insbesondere Labor, EKG)

nein ja

d) Physikalische Therapie

zur Wiedererlangung von Funktionen (z. B. nach Schlaganfall)

zur Erhaltung vorhandener Funktionen

insbesondere durch Krankengymnastik

Beschäftigungstherapie

e) Medikamente

Insulinpflichtig nein Ja

f) Diät:

nein ja

wenn ja, welche:

9. Welche neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Art machen eine der nachstehend genannten Maßnahmen erforderlich?

10. Für erforderlich wird gehalten.

a) Häusliche Krankenpflege (§ 37, 38 SGB V) ohne Haushaltshilfe

mit Haushaltshilfe

b) Häusliche Pflege (§ 36 SGB XI)

c) Hilfe zur Pflege (§ 68 BSHG)

11. Für erforderlich wird gehalten die Aufnahme oder Verlegung in ein/eine

Seniorenwohnhaus

Tagespflege

Kurzzeitpflege

stationäre Pflegeeinrichtung

12. Bemerkungen:

Datum

(Stempel und Unterschrift d. Arztes/Ärztin)