

Soziale Dienste Werra-Meißner gGmbH

DRK-Seniorenzentrum Witzenhausen

Ärztliches Gutachten -vertraulich-

(Die Angaben in diesem Fragebogen dürfen zum Zeitpunkt des Heimeinzuges nicht älter als 14 Tage sein).

Zur Prüfung der Voraussetzung für die Aufnahme in einer Senioreneinrichtung werden Sie um Abgabe eines Gutachtens gebeten.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Diagnosen zum Zeitpunkt der Begutachtung

Allergien: nein nicht bekannt ja

Suchtkrankheiten nein nicht bekannt ja

Ist der Bewohner frei von ansteckenden Krankheiten Ja Nein

Welche: _____

Ausschluss einer Tuberkulose ja nein

Wurde MRSA diagnostiziert nein ja Seit wann: _____

Wurde ESBL diagnostiziert nein ja Seit wann: _____

Wurde Hepatitis diagnostiziert nein ja Seit wann: _____

Ernährungssonde Diab.mell. Herzschrittmacher

Anus praeter Stuhlinkontinenz Harninkontinenz

Blasenkatheter Dekubitus

Liegt eine Demenz vor Ja Nein

Demenzform Morbus Alzheimer oder senile Demenz Alzheimer Typ
 Multiinfarkt Demenz
 gemischte Demenz
 sonstige dementielle Erkrankung (z.B. Parkinson)

Orientierung zeitlich: ja gelegentlich nein
örtlich: ja gelegentlich nein
situativ: ja gelegentlich nein

Liegen Störungen des Handelns, der Bewegung des Gefühllebens, des Denkens und der Kommunikation vor

nein ja

Apraxie
Affektlabilität
Halluzination

Aphasie
Depressionen

Agnosie
Wahnvorstellung

Liegen psychische Störungen vor Nein Ja Welche:

Der Bewohner trägt regelmäßig Brille Hörgerät sonstige

Der Bewohner ist:

Imstande, allein den Haushalt zu versorgen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande, sich allein an- und auszukleiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande, sich allein körperlich zu reinigen und zu pflegen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande, selbstständig zu essen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande, sich allein im Bett aufzusetzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande; aus dem Bett aufzustehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande, alleine zu gehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande, allein Treppen zu steigen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ständig bettlägerig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Völlig auf fremde Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Der Bewohner benötigt Hilfe durch Dritte vorübergehend

dauernd voraussichtlich für mindestens 6 Monate

Die Aufnahme in ein Pflegeheim ist erforderlich Ja Nein

Der Bewohner muss zur Zeit folgende Medikamente
Einnehmen: (Art und Dosierung)

Welche weiteren Ärzte sind in der Behandlung des Bewohners mit
einbezogen?

Urologe Neurologe Orthopäde Chirurg
 Augenarzt sonstige

Adressen und Berichte stelle ich, dem Einverständnis des Bewohners vorausgesetzt zur Verfügung
(siehe Anlage)

Ja Nein

Datum/

Arztstempel

Unterschrift des Arztes

Im Text wird aus sprachlichen Gründen der Begriff „Bewohner“ verwendet, dieser schließt
Bewohnerinnen ausdrücklich mit ein.