

Zurück bitte an Herrn Lechner: Fax 08158/933-108

Unsere Einrichtung genießt Bestandsschutz als vollstationäre Pflegeeinrichtung

## Ärztliche Stellungnahme

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme  
Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen **X**, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Wird aus ärztlicher Sicht Heimbedürftigkeit bescheinigt:  ja  nein

Pflegestufe (wenn bekannt): I  II  III

Vor- und Zuname			
Geburtstag			
Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
Ist Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja ständig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> nein
Beherrschung des Stuhlganges?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> DK
Braucht Hilfe beim	<input type="checkbox"/> Essen/ Trinken	<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Ankleiden/ Auskleiden
	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> Ein-/Durch- schlafen
	<input type="checkbox"/> Aufsuchen und/oder Benutzen der Toilette		
	<input type="checkbox"/> bei _____		
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
11. Ist erhöhte Betreuungsbedürftigkeit gegeben? z. B. infolge von Orientierungsstörungen, Fremd-/ Eigengefährdung oder anderen Verhaltensbesonderheiten)	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
12. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____	
13. Körperliche Behinderung(en)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, Art der Behinderung? _____	
14. Geistig-seelische Störungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, Art? _____	

<b>15. Diagnose(n):</b>		
<b>16. Hautzustand (z. B. Wunden, Dekubitus)</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, Grad, Wo?
<b>17. Ansteckende Krankheiten: (z. B. Tbc, MRSA, Hepatitis usw.)</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, Art? _____
<b>18. Medikation:</b>		

**19. Aufnahme:**

- Altenheim                       Pflegeheim                       beschützende Unterbringung

**20. Die Aufnahme in ein vollstationäre Pflegeeinrichtung ist erforderlich, wegen:**

- Fehlen einer Pflegeperson
- fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen      **Hinweis:** Das Kriterium des Fehlens einer Pflegeperson bzw. der fehlenden Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen sollte erst dann als erfüllt betrachtet werden, nachdem der Antragsteller auf die Möglichkeit, Sachleistungen in Anspruch nehmen zu können, hingewiesen wurde.
- drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson(en)
- drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen
- Eigen- und Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen
- räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich ermöglichen nicht häusliche Pflege diese räumlichen Gegebenheiten können durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) nicht verbessert werden.

**21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:**

---



---

Ort, \_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_ Bei pflegerelevanten Angaben mitgewirkt:

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)

\_\_\_\_\_  
(Angabe Bezugsverhältnis)