



Kapitel 3 – Verwaltung / Betriebswirtschaft

3.1 Formulare zur Heimaufnahme

3.1. 1 Ärztliches Gutachten

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

Benötigt der/die Bewohner/in Hilfen beim:									
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen					Frisieren/ Rasieren				
Treppensteigen					Aufstehen (aus dem Bett)				
Essen					Zu Bett gehen				
Waschen					Benutzen der Toilette				
Ankleiden									

ist der/die Patient/in	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Treten nachts Unruhezustände auf?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert									
Persönlich desorientiert					ist der/die Patient/in bettlägerig				
situativ desorientiert									

Liegt Inkontinenz vor?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz				
Harninkontinenz				

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung) ?

Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche) ?

Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art) ?

Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art) ?

Bestehen ansteckende Krankheiten ?



Kapitel 3 – Verwaltung / Betriebswirtschaft

Diagnosen

Welche Medikamente müssen verabreicht werden ?

Ist Diät / Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)

--

Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort

Datum

**Stempel
Unterschrift des Arztes**

Erstelldatum:	Bearbeiter:	Geprüft:	Freigabedatum / Unterschrift	Version:	Seitenanzahl
25.02.02	A. Wagner PDL	27.01.23	20.02.13	1	Seite 2 von 2