



# Ärztliche Beurteilung

Zutreffendes bitte ankreuzen. da = dauernd, zw = zeitweilig, re = rechts, li = links.

## 1. Persönliche Angaben:

Vor- und Zuname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße: ..... PLZ: ..... Ort: .....

## 2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Es besteht Gehfähigkeit    | <input type="checkbox"/> Dekubitus           | <input type="checkbox"/> Haushalt kann nicht mehr selbständig geführt werden                        |
| <input type="checkbox"/> Treppensteigen ist möglich | <input type="checkbox"/> Blaseninkontinenz   | <input type="checkbox"/> Anus praeter   |
| <input type="checkbox"/> Häufige Bettlägrigkeit     | <input type="checkbox"/> Dauerkatheder       | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus  |
| <input type="checkbox"/> Ständige Bettlägrigkeit    | <input type="checkbox"/> Mastdarminkontinenz | <input type="checkbox"/> Gicht  |
| <input type="checkbox"/> Allergie gegen: .....      |  | <input type="checkbox"/> Parkinson  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung: .....   |
|   |  | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Epilepsie  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Lungen-Tbc <input type="checkbox"/> inaktiv <input type="checkbox"/> aktiv |
|   |  | <input type="checkbox"/> Dauerausscheider   |

## 3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen

- |   |                          |                          |                                      |                          |                          |  |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Lähmungen:</b>                           | <b>re</b>                | <b>li</b>                | <b>Versteifungen:</b>                | <b>re</b>                | <b>li</b>                | <b>Amputationen:</b>                   | <b>re</b>                | <b>li</b>                |
| <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Finger        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Beine              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Schulter    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oberschenkel  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Arme               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ellenbogen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unterschenkel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung |                          |                          | <input type="checkbox"/> Hand/Finger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fuß           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | <input type="checkbox"/> Hüfte       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zehen         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                                      |                          |                          | <b>Amputationen:</b>                   |                          |                          |
|   |                          |                          |                                      |                          |                          | <input type="checkbox"/> Knie          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                                      |                          |                          | <input type="checkbox"/> Fuß           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                                      |                          |                          | <input type="checkbox"/> Arm           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                                      |                          |                          | <input type="checkbox"/> Hand          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 4. Orientierungsvermögen und Verhalten:

- |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| <b>Orientierungsvermögen:</b>                       | <b>da</b>                | <b>zw</b>                | <b>Verhalten:</b>                          | <b>da</b>                | <b>zw</b>                | <b>da</b>                                     | <b>zw</b>                |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung örtlich    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung zeitlich   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depressionen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Demenz               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nichterkennen von Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Halluzinationen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> selbstgefährlich     | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |  |                          |                          | <input type="checkbox"/> gemeingefährlich     | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Suizidgefahr         | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |  |                          |                          | <input type="checkbox"/> Neigung z. Weglaufen | <input type="checkbox"/> |

## 5. Behinderungen und Störungen:

- |  |   |
|--|---|
| <b>Geistige Behinderung; Art:</b> .....    | <b>Sinnesbehinderung:</b>                           |
| .....                                      | <input type="checkbox"/> Motorische Sprachstörung   |
| <b>Körperliche Behinderung; Art:</b> ..... | <input type="checkbox"/> Sensorische Sprachstörung  |
| .....                                      | <input type="checkbox"/> Eingeschränkt. Sehvermögen |
|  | <input type="checkbox"/> Brillenträger              |
|  | <input type="checkbox"/> erblindet                  |
|  | <input type="checkbox"/> schwerhörig                |
|  | <input type="checkbox"/> Hörgerät-Träger            |
|  | <input type="checkbox"/> ertaubt                    |

## 6. Suchtabhängigkeit:

- Alkohol  Medikamente: .....

## 7. An Hilfsmitteln werden benutzt:

- |  |                                     |   |                                   |
|--|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stock               | <input type="checkbox"/> Gehgestell | <input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe | <input type="checkbox"/> Brille   |
| <input type="checkbox"/> Unterarm-Gehstützen | <input type="checkbox"/> Rollstuhl  | <input type="checkbox"/> Prothesen            | <input type="checkbox"/> Hörgerät |
|  |                                     | <input type="checkbox"/> .....                | <input type="checkbox"/> .....    |

## 8. Fremde Hilfe ist nötig beim:

- |                                  |   |  |  |
|----------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen   | <input type="checkbox"/> Baden              | <input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen | <input type="checkbox"/> Treppensteigen      |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren | <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> Fahren im Rollstuhl |
|                                  | <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden     | <input type="checkbox"/> Gehen                 | <input type="checkbox"/> .....               |

## 9. Letzte stationäre Behandlung:

- Allgemeinkrankenhaus  Psychiatrisches Krankenhaus, psychiatrische Abteilung:  
 Datum: ..... Ort: ..... Grund: .....

## 10. Diagnosen:

.....  
 .....

## 11. Medikamentöse Therapie/Schmerzmedikation: bitte Medikamentenplan beifügen

12. Wurde der Patient gegen Pneumokokken geimpft?  ja  nein

13. Wie oft wurde der Patient bisher gegen Tetanus und Diphtherie geimpft? Anzahl: ..... wann zuletzt: .....

14. Ernährung:  Vollkost  Zuckerdiet  Leichte Kost (salzarm)  Flüssignahrung

## 15. Nachweis gemäß § 48a Abs.2 Bundesseuchen-Gesetz:

- Beim Patienten liegt weder ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane noch eine andere ansteckende Krankheit vor.

16. Empfohlene stationäre Versorgung:  offener Wohnbereich  beschützender Wohnbereich

## 17. Ergänzende Anmerkungen:

.....  
 .....

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes