

ÄRZTLICHE BEURTEILUNG
anlässlich der Vormerkung/Aufnahme

Senioren- und Pflegeheim
E S P A C H S T I F T
An der Schnelle 12 – 14
87600 Kaufbeuren
Tel.: 08341/9502-0
Fax.: 08341/4632

1. Persönliche Angaben:

Vor- und Zuname:..... Geburtsdatum:
Straße:..... PLZ, Ort:

2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten:

- Es besteht Gehfähigkeit Dekubitus Anus praeter Multiple Sklerose
 Treppensteigen ist möglich Blaseninkontinenz Diabetes mellitus Epilepsie
 Häufige Bettlägrigkeit Dauerkatheter Gicht Lungen-Tbc inaktiv aktiv
 Ständige Bettlägrigkeit Mastdarminkontinenz Parkinson Dauerausscheider
 Allergie gegen: Sonstige Erkrankungen:

Haushalt kann nicht mehr selbständig geführt werden

3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:

- | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Lähmungen: | re | li | Versteifungen: | re | li | Versteifungen: | re | li | Amputationen: | re | li |
| <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Knie | <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"/> Fuß | <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"/> | Amputationen: | | | <input type="checkbox"/> Unterschenkel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Querschnittslähmung | | | <input type="checkbox"/> Hand/Finger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Arm | <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"/> Hand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Orientierungsvermögen und Verhalten:

- | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Orientierungsverm. | da | zw | Verhalten | da | zw | <input type="checkbox"/> Neigung z. Weglaufen | Gemütsstimmungen | da | zw |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung örtl. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Motor. Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung zeitl. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> selbstgefährlich | <input type="checkbox"/> willig | <input type="checkbox"/> | <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"/> gemeingefährlich | <input type="checkbox"/> verdrießlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Nächtl. Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Suizidgefahr | <input type="checkbox"/> bösartig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Behinderungen und Störungen:

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

6. Suchtabhängigkeit:

- Alkohol Medikamente, hier

7. An Hilfsmittel werden benutzt:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Gehgestell <input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe <input type="checkbox"/> Brille |
| <input type="checkbox"/> Krücken <input type="checkbox"/> Krankenfahrstuhl <input type="checkbox"/> Prothesen <input type="checkbox"/> Hörgerät |
| |

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 Krankenfahrstuhl |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> |

9. Letzte stationäre Behandlung:

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

10. Diagnosen:

11. Medikamentöse Therapie:

.....

12. Ernährung:

- Vollkost Zuckerdiet Leichte Kost (salzarm) Flüssignahrung

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

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

14. Empfohlene stationäre Versorgung: Patient sollte aufgenommen werden

- im Altenheim (Wohnbereich) im Pflegeheim (Pflegebereich) in einer beschützenden Abteilung

15. Ergänzende Anmerkungen:

.....

Die Angaben werden vertraulich behandelt. da = dauernd, re = recht, li = links, zw = zeitweilig

Ort Datum Stempel und Unterschrift des Arztes