



Bitte ausgefüllt per Fax zurück an:

Seniorenheim Dinkelscherben

Fax-Nr.: 08292 9606-666

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Heimaufnahme am _____

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

1. Hilfebedarf des künftigen Heimbewohners

Besteht Hilfebedarf beim

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Verrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Allgemeine Befunde

Bestehen Desorientierungen?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten Unruhestände auf?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besteht Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besteht Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Angaben zur Gemütsstimmung / Seelische Verfassung / psychische Auffälligkeiten

Angaben zu Suchterkrankungen und -gefährdungen

Angaben zu körperlichen Behinderungen und Beeinträchtigungen

Angaben zu ansteckenden Krankheiten, z.B. TBC (bitte genaue Bezeichnung)



3. Ärztliche Diagnosen

4. Welche Medikation besteht derzeit?

5. Angaben zu Diätetischen Vorgaben (nur mit ärztlicher Anordnung) / Schonkost

6. Sonstige Angaben, die für die Pflege in der Einrichtung relevant sind.

Dieses Gutachten beruht auf einer aktuellen persönlichen Untersuchung der für die Heimaufnahme vorgesehenen Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Bearbeitet am: 08.08.2022	Geprüft am: 08.08.2022	Freigabe am: 08.08.2022	Version 1.0, Stand 2208
Bearbeitet durch: St	Geprüft durch: KST	Freigabe durch: KST	Seite 2 von 2