

**Bitte ausgefüllt per Fax zurück an:****Seniorenenzentrum Zusmarshausen**

Fax-Nr.: 08291 85958-666

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 Stuhlinkontinenz

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