

Ärztliches Gutachten

für die **Aufnahme** oder **Verlegung** in ein(e)

Seniorenwohnhaus, stationäre Pflege-, Tagespflege-, Kurzzeitpflegeeinrichtung
bzw. für die **Versorgung und Betreuung** durch **ambulante Pflegedienste/Sozialstationen**
gemäß SGB V und XI sowie dem BSHG

- Bitte in Block- oder Maschinenschrift ausfüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen -

Name	Vorname	Geburtsdatum																																				
Wohnort	Straße	Telefon																																				
<p>1. Die vorgenannte Person befindet sich im/in der</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Abteilung für _____ <input type="checkbox"/> eigenen Wohnung <input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflegeeinrichtung </div> <div style="width: 45%;"> bzw. seit dem _____ 19____ in einem/einer <input type="checkbox"/> Seniorenwohnhaus <input type="checkbox"/> stationären Pflegeeinrichtung/Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ist anerkannt </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">Pflegestufe I <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">Pflegestufe II <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: right;">Pflegestufe III <input type="checkbox"/></div> </div>																																						
<p>2. Diagnose(n) zum Zeitpunkt der Begutachtung</p> 																																						
<p>3. Seit wann besteht das Hauptleiden? Bisheriger Verlauf?</p> 																																						
<p>4. Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen – u. a. Bewegungsapparat, Sinnesorgane, Kreislauf.</p> 																																						
<p>5. Liegen psychische Störungen vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welcher Art?</p> 																																						
<p>6. Die letzte Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am _____ 19____ Liegen Anzeichen für aktive Lungentuberkulose vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>																																						
<p>7. Frau/Herr _____ ist</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">a) imstande, allein den Haushalt zu besorgen</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>b) imstande, sich allein an- und auszukleiden</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>c) imstande, sich allein körperlich zu reinigen und zu pflegen</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>d) imstande, selbständig zu essen</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>e) imstande, sich allein im Bett aufzusetzen</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>f) imstande, aus dem Bett aufzustehen</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>g) imstande, allein zu gehen</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>h) imstande, allein Treppen zu steigen</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>i) kontinent für Urin</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>j) kontinent für Stuhl</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>k) ständig bettlägerig</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>l) völlig auf fremde Hilfe angewiesen</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> </table>			a) imstande, allein den Haushalt zu besorgen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	b) imstande, sich allein an- und auszukleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	c) imstande, sich allein körperlich zu reinigen und zu pflegen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	d) imstande, selbständig zu essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	e) imstande, sich allein im Bett aufzusetzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	f) imstande, aus dem Bett aufzustehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	g) imstande, allein zu gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	h) imstande, allein Treppen zu steigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	i) kontinent für Urin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	j) kontinent für Stuhl	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	k) ständig bettlägerig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	l) völlig auf fremde Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
a) imstande, allein den Haushalt zu besorgen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																				
b) imstande, sich allein an- und auszukleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																				
c) imstande, sich allein körperlich zu reinigen und zu pflegen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																				
d) imstande, selbständig zu essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																				
e) imstande, sich allein im Bett aufzusetzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																				
f) imstande, aus dem Bett aufzustehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																				
g) imstande, allein zu gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																				
h) imstande, allein Treppen zu steigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																				
i) kontinent für Urin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																				
j) kontinent für Stuhl	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																				
k) ständig bettlägerig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																				
l) völlig auf fremde Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																				

8. Maßnahmen, die bei einer Verlegung in eine Akutgeriatrie oder zur Rehabilitation notwendig sind

a) Arztvisite

täglich mehrmals wöchentlich seltener oder nach Bedarf

b) Fachpflegerische Maßnahmen

aufgrund ärztlicher Verordnung durch Pflegefachkräfte

(zum Beispiel Verbände, Infusionen, Spülungen, Decubituspflege, Katheterisieren)

nein ja

c) monatlich mehrfach diagnostische Leistungen (insbesondere Labor, EKG)

nein ja

d) Physikalische Therapie

zur Wiedererlangung von Funktionen (z. B. nach Schlaganfall)

zur Erhaltung vorhandener Funktionen

insbesondere durch Krankengymnastik

Beschäftigungstherapie

e) Medikamente

Insulinpflichtig nein Ja

f) Diät:

nein ja

wenn ja, welche:

9. Welche neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Art machen eine der nachstehend genannten Maßnahmen erforderlich?

10. Für erforderlich wird gehalten.

- a) Häusliche Krankenpflege (§ 37, 38 SGB V) ohne Haushaltshilfe
 mit Haushaltshilfe
- b) Häusliche Pflege (§ 36 SGB XI)
- c) Hilfe zur Pflege (§ 68 BSHG)

11. Für erforderlich wird gehalten die Aufnahme oder Verlegung in ein/eine

- Seniorenwohnhaus
 Tagespflege
 Kurzzeitpflege
 stationäre Pflegeeinrichtung

12. Bemerkungen:

Berlin, den _____ 19____

(Stempel und Unterschrift d. Arztes/Ärztin)