

Ärztliche Stellungnahme

bitte alle Fragen vollständig, wahrheitsgemäß und in Druckbuchstaben beantworten Zutreffendes mit X ankreuzen

1. Name, Vorname			
2. Geburtsdatum			
3. Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
4. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
5. Ist Patient bettlägrig?	<input type="checkbox"/> ja, ständig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> nein
a.) Wechseldruckmatraze erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
b.) Decubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
c.) Ulcera	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Beherrschung des Stuhlgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe <input type="checkbox"/> Stoma
7. Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> DK
8. Braucht Hilfe bei	<input type="checkbox"/> Essen / Trinken	<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> An- u. Auskleiden
	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> Tag- und Nachtrhythmus gestört
	<input type="checkbox"/> Gehen		
	<input type="checkbox"/> Aufsuchen und / oder Benutzen der Toilette		
9. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
10. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
11. Persönlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
12. Situativ orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
13. Weglauftendenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
a.) Betreuung Beschluß (§1896 BGB)	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
b.) Betreuung Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> ja, welche		<input type="checkbox"/> nein
c.) Fixierung Beschluß	<input type="checkbox"/> ja, welche		<input type="checkbox"/> nein
14. Eigen- / Fremdgefährdung?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
15. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja, welche		<input type="checkbox"/> nein
16. Körperliche Behinderung(en)?	<input type="checkbox"/> ja, Art der Behinderung?		<input type="checkbox"/> nein

17. Geistige / Seelische Störungen	<input type="checkbox"/> ja, Art?	<input type="checkbox"/> nein
18. Besteht Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19. Blind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20. Diagnose (bitte in Druckbuchstaben!)		
21. a.) gerinnungshemmende Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
a.) Porth-Katheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b.) Tracheostoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c.) Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch ansteckungsfähige Lungentuberkulose gem. § 36 Abs. 4IfGS)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, _____
a.) MRSA	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
b.) Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
c.) Andere ansteckenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
d.) letzte Tetanusimpfung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann
23. Bestehen Allergien, Anfallsleiden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann
24. Spezielle Diät?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
	<input type="checkbox"/> Insulin, Präperat	<input type="checkbox"/> Orale Medikation Dosierung
25. Empfohlene Unterbringung	<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung	
	<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen	
	<input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrie	
26. Die Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung ist erforderlich wegen: (Hinweis: Das Kriterium des Fehlens einer Pflegeperson bzw. der fehlenden Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen sollte erst dann als erfüllt betrachtet werden, nachdem der Antragsteller auf die Möglichkeit, Sachleistungen in Anspruch nehmen zu können hingewiesen wurde.)		
	<input type="checkbox"/> das Fehlen einer Pflegeperson	
	<input type="checkbox"/> drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegeperson(en)	
	<input type="checkbox"/> drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen	
	<input type="checkbox"/> räumlicher Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die nicht die häusliche Pflege ermöglichen, und die nicht durch individuelle Maßnahmen zur verbesserung des Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) führen können.	

27. Schnelleinstufung erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
28. Gehört der Patient zum Personenkreis § 45 a SGB XI	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
29. Liegt eine Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
30. Hinweise und Bemerkungen des Arztes		

_____, den _____

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes _____ Telefonnummer