



Ärztliche Beurteilung

anlässlich der Vormerkung zur Aufnahme in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe, in das **Seniorenstift am Tiroler Hof, Altdorfer Str. 53, 92318 Neumarkt / OPf.**

Wir bitten Sie, die Beurteilung vollständig zu beantworten und in verschlossenem Umschlag an die obenstehende Anschrift zu übersenden.

Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Abkürzungen: **da**=dauernd; **zw**=zeitweilig/ **re**=rechts; **li**=links;

1. Persönliche Angaben

Vor-und Zuname
Geburtsdatum
Straße
PLZ / Ort

2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten

<input type="checkbox"/> Es besteht Gehfähigkeit	<input type="checkbox"/> Dekubitus
<input type="checkbox"/> Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> Blaseninkontinenz
<input type="checkbox"/> häufige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Dauerkatheder
<input type="checkbox"/> ständige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Mastdarm-inkontinenz
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Anus praeter
<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Lungen-Tbc
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> inaktiv
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> aktiv
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Dauerausscheider
<input type="checkbox"/> Haushalt kann nicht mehr selbständig geführt werden	
<input type="checkbox"/> Allergie gegen	<input type="checkbox"/> Sonst. Erkrankung

3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen

Lähmungen re li	Versteifungen re li
<input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Querschnittslähmung	<input type="checkbox"/> Ellenbogen <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Hand/Finger <input type="checkbox"/>
Versteifungen re li	Amputationen re li
<input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fuß <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/>
Amputationen re li	<input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fuß <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/>

4. Orientierungsvermögen und Verhalten

Orientierungsvermögen da zw	Verhalten da zw
<input type="checkbox"/> Desorientierung örtl. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desorientierung zeitl. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nichterkennen von Personen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Halluzinationen <input type="checkbox"/>

Verhalten da zw	Gemütsstimmungen da zw
<input type="checkbox"/> Neigung zum Weglaufen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> willig <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Suizidgefahr <input type="checkbox"/>	

5. Behinderungen und Störungen

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

6. Suchtabhängigkeit

<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Medikament; hier:
----------------------------------	--

7. An Hilfsmitteln werden benutzt:

<input type="checkbox"/> Handstock	<input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe
<input type="checkbox"/> Gehstöcke	<input type="checkbox"/> Prothesen
<input type="checkbox"/> Gehgestell	<input type="checkbox"/> Brillenträger
<input type="checkbox"/> Krankenfahrrad/Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Hörgerät

Sonstige; und zwar:

8. Fremde Hilfe nötig beim:

<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> Aufsuchen der Toilette
<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Gehen
<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Treppensteigen
<input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen	

9. Letzte stationäre Behandlung

<input type="checkbox"/> Allgemeinkrankenhaus	Datum:
<input type="checkbox"/> Psychiatr. Krankenhaus	Ort:
<input type="checkbox"/> Psychiatrische Abteilung	Grund:

10. Diagnosen

11. Medikamentöse Therapie

Bitte Medikamentenplan beilegen

12. Ernährung

<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> leichte Kost (salzarm)
<input type="checkbox"/> Zuckerdiät	<input type="checkbox"/> Flüssignahrung

13. Nachweis gem. § 48 a Abs.2

Bundesseuchengesetz

Beim Patienten liegt weder ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane noch eine andere ansteckungsfähige Krankheit vor, wenn ja welche _____

14. Fachärzte

Name: _____ Tel.-Nr. _____ für: _____

Name: _____ Tel.-Nr. _____ für: _____

Name: _____ Tel.-Nr. _____ für: _____

15. Ergänzende Bemerkungen

Ort/Datum/Stempel und Unterschrift des Arztes