



# 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

<b>Lähmungen re li</b>	<b>Versteifungen re li</b>
<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"/>
<b>Versteifungen re li</b>	<b>Amputationen re li</b>
<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"/>
<b>Amputationen re li</b>	<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

<b>Orientierungsvermögen da zw</b>	<b>Verhalten da zw</b>
<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"/>

<b>Verhalten da zw</b>	<b>Gemütsstimmungen da zw</b>
<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

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