



**Ärztliche Beurteilung, anlässlich der Anmeldung  
zur Heimaufnahme bzw. Aufnahme in der Tagespflege**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

wohnhalt in: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen, die Angaben werden vertraulich behandelt.

**1. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten:**

<input type="checkbox"/> Es besteht Gehfähigkeit	<input type="checkbox"/> Blaseninkontinenz	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Treppensteigen ist möglich	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Häufige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> Gicht
<input type="checkbox"/> Ständige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> schwerhörig
<input type="checkbox"/> PEG - Sonde	<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> erblindet
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	
<input type="checkbox"/> Allergie gegen:		
<input type="checkbox"/> Dekubitus:	wo:	Grad:
<input type="checkbox"/> sonstige Wunden:	wo:	Verbandtechnik:

**2. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:**

Lähmungen	re	li	Amputation	re	li
<input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Orientierungsvermögen und Verhalten**

	ja	nein	zeitw.		ja	nein	zeitw.
Desorientierung örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorientierung zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigung zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kooperativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Suchtabhängigkeit:**

<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Drogen
----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

**5. An Hilfsmittel werden benutzt:**

<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	

**6. Hilfsbedürftig beim:**

<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise
<input type="checkbox"/> Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise
<input type="checkbox"/> Sondennahrung Menge/kcal. _____	Flüssigkeitsmenge: _____		
<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise
<input type="checkbox"/> Baden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise
<input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise
<input type="checkbox"/> Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise

**7. Diagnosen / Besondere Kostform:**

---

---

---

**8. Medikation (bei Bedarf bitte Zusatzblatt verwenden):**

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf

**9. Nachweis gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz:**

- Beim Patienten ist kein Anhaltspunkt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden.

**10. Ansteckende Krankheiten / Keime:**

Liegen multiresistente oder andere Keime vor?

- nein  ja wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen anderer ansteckungsfähiger Krankheiten vorhanden?

- nein  ja wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**11. Heimaufnahme:**

Die vollstationäre Heimaufnahme ist erforderlich  ist vordringlich

Begründung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. Grösse:** \_\_\_\_\_ **cm**

**13. Ergänzende Bemerkungen:**

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes