

## Ärztliches Gutachten zur Aufnahme in die Regensburg SeniorenStift gGmbH

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	<u>Nein</u>	<u>Ja</u>
Leidet der Patient an ansteckenden Krankheiten? (Nachweis gem. § 48 a Abs. 2 Bundesseuchenges.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient Ausscheider von Erregern übertragbarer Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Ansteckungsgefahr für Mitbewohner ausgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient geisteskrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient anfallskrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient suchtkrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient „Weglauf“ gefährdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient blind oder erheblich schwach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Benötigt der Patient Hilfe bei folgenden Verrichtungen des täglichen Lebens:**

	<u>1*täglich</u>	<u>3*täglich</u>	<u>rund um die Uhr, auch nachts</u>	
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen, Stehen, Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verlassen, Wiederaufsuchen der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waschen, Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b><u>Empfohlene stationäre Versorgung:</u></b>
Zähneputzen, Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haarwaschen, Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Altenheim</b>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Wohnbereich, gelegentl. Hilfeleistung)
Blasen-/Darmentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mundgerechtes Zubereiten der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Pflegeheim</b>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ständige pflegerische Hilfe)
bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Stempel d. Arztes/d. Klinik

**Datenschutzrechtlicher Hinweis:** Der Bewerber hat sein Einverständnis bezüglich der Erhebung aller für die Heimaufnahme erforderlichen med. Daten bekundet.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

des Bewerbers oder des gesetzl. Vertreters