

Ärztliches Gutachten zur Aufnahme in das Bürgerheim Kumpfmühl

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Diagnosen: _____

	Ja	Nein
Leidet der Patient an ansteckenden Krankheiten? (Nachweis gem. § 48 a Abs. 2 Bundesseuchengesetz)	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient erheblich schwach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Benötigt der Patient Hilfe bei folgenden Verrichtungen des täglichen Lebens:

	1 x tgl.	3 x tgl.	rund um die Uhr, auch nachts
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"/>
Zähneputzen, Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen, rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen- und Darmentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Zubereitung der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empfohlene stationäre Versorgung:

Wohnbereich, gelegentliche Hilfeleistung ständige pflegerische Betreuung

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel des Arztes / der Klinik

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

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____
des Bewerbers oder des gesetzl. Vertreters