

zur beabsichtigten Heimaufnahme im: Seniorenheim St. Nikola
 Pfauenstraße 6
 94315 Straubing
 Tel: 09421 / 980-3

Fax: 09421 / 980-500

Bitte in Druckschrift ausfüllen:

1. Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße, Nr. _____
 PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Selbstständiger Haushalt – **ohne** Unterstützung und Hilfe ja nein
 Selbstständiger Haushalt – **mit** Hilfe und Unterstützung (z. B. durch Sozialstation...) ja nein
 In Haushalt mit **Familie** (Kinder, Enkel...) zusammengelebt und dadurch versorgt ja nein
 Klinikaufenthalt unmittelbar vor der Heimaufnahme ja nein

2. Benötigt der / die Patient/in Hilfen beim:

	nein	selten	häufig	dauernd		nein	selten	häufig	dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus d. Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Allgemeines:

	nein	selten	häufig	dauernd
Zeitliche Orientierung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Orientierung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räumliche Orientierung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situative Orientierung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauftendenzen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinlauftendenzen / Adaptionsverhalten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefahr der Selbstgefährdung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheidungsfähigkeit vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nonverbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

äußert sich wie folgt: _____

Immobilität / Bettlägerigkeit
 Kontrakturen vorhanden
wo und wie ausgeprägt: _____

Mobilisation möglich
 Stuhlinkontinenz vorhanden
 Harninkontinenz vorhanden

Form der Harninkontinenz: _____

4. Besteht eine körperliche Behinderung? (*Wenn ja, welcher Art – bitte genau bezeichnen*)

5. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. MRSA, TBC? (*Bitte genau bezeichnen*)

6. Liegen psychische / psychiatrische / gerontopsychiatrische Störungen vor?
(*Wenn ja, welcher Art*)

7. Wie ist die Gemütsstimmung /seelische Verfassung?
(*Bitte die Verhaltensweisen genau beschreiben*)

8. Besteht eine Suchtkrankheit? Wenn ja, welche? (*Bitte Reaktionen... genau erläutern*)

9. Diagnosen:

10. Ist Diät erforderlich? (Wenn ja, welcher Art? Bei Diabetiker wie viele BE täglich?)

11. Ist eine PEG-Anlage vorhanden? (Wenn ja, bitte den Grund hierfür mit angeben)

12. Hinweise und Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung des behandelnden Arztes der aufzunehmenden Person.

Ort: _____

Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Alle Angaben werden selbstverständlich **vertraulich** behandelt!!!

Vielen Dank für die freundliche Unterstützung!