



Ärztliche Beurteilung zur Aufnahme eines Bewohners im Wohn- und Pflegeheim Haus Kamilla
Am Hohen Münster 8, 95030 Hof, Tel.: 09281 / 7891-0, Fax: 09281 / 7891-99

Name: **Vorname:** **geb.:**

Wohnadresse: **Krankenkasse:**

Anamnese, Befunde

.....

Diagnose:

Allergien:

Medikamentöse Therapie:

.....

Ernährung:

Vollkost leichte Kost; PEG-Sonde

Nachweis gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (InfSG) :

- ja, der Patient ist frei von ansteckenden Erkrankungen, es liegen keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes vor.
- nein, der Patient ist nicht frei von ansteckenden Erkrankungen, es liegen Anhaltspunkte für eine ansteckende Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes vor.

Folgender Erreger wurde nachgewiesen:

Erregernachweis am: letzter positiver Befund am:

Spezielle Resistenzen oder Multiresistenzen zu dem oben genannten Erreger: nein ja

Lokalisation des Erregers:

Sind Sanierungsmaßnahmen erforderlich? nein ja

Die Sanierung wurde durchgeführt: mit Erfolg ohne Erfolg

Pflegegrad vorhanden: **Pflegegrad wurde beantragt am:**

**Ein Anspruch auf einen Heimplatz entsteht erst durch einen abgeschlossenen Wohn- und
Betreuungsvertrag.**

Art der Aktivität des zukünftigen Bewohners	Selbständig	Überwiegend Selbständig	Unselbständig
Aufstehen / Positionswechsel im Bett			
Stabile Sitzposition halten			
Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen			
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches			
Treppensteigen			
Vorderen Oberkörper waschen			
Kämmen/Zahnpflege/Rasieren			
Intimbereich waschen			
Duschen oder Baden			
Oberkörper an- und auskleiden			
Unterkörper an- und auskleiden			
Nahrung mundgerecht zubereiten			
Essen			
Trinken			
Toilette / Toilettenstuhl benutzen			
Harninkontinenz bewältigen/D-Katheter/Cystofix			
Stuhlinkontinenz bewältigen/Stoma			
Tagesablauf gestalten, an Veränderungen anpassen			
Ruhen und Schlafen			
Sich beschäftigen			
In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen			
Interaktion mit Personen im direkten Kontakt			
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Fähigkeit ist vorhanden	Größtenteils vorhanden	Nicht vorhanden
Personen aus dem näheren Umfeld erkennen			
Örtliche Orientierung			
Zeitliche Orientierung			
Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen			
Entscheidungen im Alltagsleben treffen			
Sachverhalte und Informationen verstehen			
Risiken und Gefahren erkennen			
Mitteilung elementarer Bedürfnisse			
Verstehen von Anforderungen			
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Nie / sporadisch	1-2 x Woche	Täglich
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten			
Nächtliche Unruhe			
Selbständiges und autoaggressives Verhalten			
Verbale Aggression			
Abwehr pflegerischer/unterstützender Maßnahmen			
Wahnvorstellungen / Sinnestäuschungen			
Ängste			
Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage			
Sozial inadäquate Verhaltensweise			

Ort, Datum:

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes

