



Wohnen und Pflegen

Ärztliche Beurteilung zur Aufnahme eines Bewohners im MichaelisHof, Wohnen und Pflegen

Enoch-Widman-Strasse 4 , 95028 Hof, Tel.: 09281 / 84022-0, Fax: 09281 / 84022-99

Name: Vorname: geb.:

Wohnadresse: Krankenkasse:

	Ja	Nein	
Ist der Patient gehfähig ?			
Ist das Treppensteigen möglich ?			
Ist der Patient häufig Bettlägerig ?			
Ständig Bettlägerig ?			
Beherrschung des Stuhlgangs ?			
Anus praeter ?			
Beherrschung des Urinabgangs ?			
Dauerkatheter / Cystofix ?			
PEG-Sonde ?			
Fremder Hilfe bedürftig ?			
			beim Essen
			beim Ankleiden
			beim Waschen
			beim Frisieren
			beim Aufstehen aus dem Bett
			beim Lagern zur Bettruhe
			beim Benutzen der Toilette
Örtlich orientiert ?	Nein	Ja	Nicht immer
Zeitlich orientiert ?	Nein	Ja	Nicht immer
Nächtliche Unruhe ?	Nein	Ja	Nicht immer
Neigung zum Weglaufen ?	Nein	Ja	Nicht immer
Motorische Unruhezustände ?	Nein	Ja	Nicht immer
Depressionen ?	Nein	Ja	Nicht immer
Gefährliche Eigenschaften ?	Nein	Ja, welche ?	
Suchtkrankheit	Nein	Ja, welche ?	
Motorische Sprachstörung ?	Nein	Ja	
Sensorische Sprachstörung ?	Nein	Ja	
Eingeschränktes Sehvermögen ?	Nein	Ja	
Brillenträger ?	Nein	Ja	
Erblindet ?	Nein	Ja	
Schwerhörig ?	Nein	Ja	
Verlust des Hörvermögens ?	Nein	Ja	

Körperliche Behinderung/en – Art:

.....

.....

..... bitte wenden ->

Ärztliche Beurteilung zur Aufnahme eines Bewohners im MichaelisHof, Wohnen und Pflegen

Geistige – seelische Behinderung oder Störung – Art:

.....

.....

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.

Ergänzende Anmerkungen für den MichaelisHof, Wohnen und Pflegen:

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum:

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes

**Der MichaelisHof, Wohnen und Pflegen der AWO Hof, bedankt sich für Ihre notwendige Zuarbeit.
Ein Anspruch auf einen Heimplatz entsteht erst durch einen abgeschlossenen Heimvertrag.**