Ärztliches Gutachten

für die **Aufnahme oder Verlegung** in ein(e)
Seniorenwohnhaus, stationäre Pflege-, Tagespflege-, Kurzzeitpflegeeinrichtung
bzw. für die **Versorgung und Betreuung** durch **ambulante Pflegedienste/Sozialstationen**
gemäß SBG V und XI sowie dem BSHG

- Bitte in Block- oder Maschinenschrift ausfüllen! ☒ Zutreffendes bitte ankreuzen -

Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Straße	Telefon

1. Die vorgenannte Person befindet sich im/in der

☐ Krankenhaus bzw. seit dem _____ 20_____ in einem/einer

☐ Abteilung für _____ ☐ Seniorenwohnhaus

☐ eigenen Wohnung ☐ stationären Pflegeeinrichtung/Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ist anerkannt

☐ Tagespflegeeinrichtung Pflegestufe I ..... ☐

☐ Kurzzeitpflegeeinrichtung Pflegestufe II ..... ☐

Pflegestufe III ..... ☐

2. Diagnose(n) zum Zeitpunkt der Begutachtung

3. Seit wann besteht das Hauptleiden? Bisheriger Verlauf?

4. Schilderung der derzeitig wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen – u. .a. Bewegungsapparat, Sinnesorgane, Kreislauf.

5. Liegen psychische Störungen vor? ☐ nein ☐ ja
(Wenn ja, welcher Art?)

6. Die letzte Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am _____ 20_____
Liegen Anzeichen für aktive Lungentuberkulose vor? ☐ nein ☐ ja

7. Frau/Herr _____ ist

a) imstande, allein den Haushalt zu besorgen _____ ☐ nein ☐ ja
b) imstande, sich allein an- und auszukleiden _____ ☐ nein ☐ ja
c) imstande, sich allein körperlich zu reinigen und zu pflegen _____ ☐ nein ☐ ja
d) imstande, selbständig zu essen _____ ☐ nein ☐ ja
e) imstande, sich allein im Bett aufzusetzen _____ ☐ nein ☐ ja
f) imstande, aus dem Bett aufzustehen _____ ☐ nein ☐ ja
g) imstande, allein zu gehen _____ ☐ nein ☐ ja
h) imstande, allein Treppen zu steigen _____ ☐ nein ☐ ja
i) kontinent für Urin _____ ☐ nein ☐ ja
j) kontinent für Stuhl _____ ☐ nein ☐ ja
k) ständig bettlägerig _____ ☐ nein ☐ ja
l) völlig auf fremde Hilfe angewiesen _____ ☐ nein ☐ ja

8. Maßnahmen, die bei einer Verlegung in eine Akutgeriatrie oder zu Rehabilitation notwendig sind

a) Arztvisite

☐ täglich ☐ mehrmals wöchentlich ☐ seltener oder nach Bedarf

b) Fachpflegerische Maßnahmen
aufgrund ärztlicher Verordnung durch Pflegefachkräfte
(zum Beispiel Verbände, Infusionen, Spülungen, Dekubituspflege, Katheterisieren)

☐ nein ☐ ja

c) monatlich mehrfach diagnostische Leistungen (insbesondere Labor, EKG)

☐ nein ☐ ja

d) Physikalische Therapie

zur Wiedererlangung von Funktionen (z. B. nach Schlaganfall) ☐

zur Erhaltung vorhandener Funktionen ☐

insbesondere durch Krankengymnastik ☐

Beschäftigungstherapie ☐

e) Medikamente Insulinpflichtig ☐ nein ☐ ja

f) Diät:

☐ nein ☐ ja

wenn ja, welche:

9. Welche neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Art machen eine der nachstehend genannten Maßnahmen erforderlich?

10. Für erforderlich wird gehalten:

a) ☐ Häusliche Krankenpflege (§ 37, 38 SGB V) ☐ ohne Haushaltshilfe

☐ mit Haushaltshilfe

b) ☐ Häusliche Pflege (§ 36 SGB XI)

c) ☐ Hilfe zur Pflege (§ 68 BSHG)

11. Für erforderlich wird gehalten die Aufnahme oder Verlegung in ein/eine

☐ Seniorenwohnhaus

☐ Tagespflege

☐ Kurzzeitpflege

☐ stationäre Pflegeeinrichtung

12. Bemerkungen:

Berlin, den _____20_____ _____

(Stempel und Unterschrift d. Arztes/Ärztin)