

1. Name, Vorname und Geburtsdatum des Antragsstellers

Name

Vorname

Geburtsdatum

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

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benutzen der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

3. Ist der/die Patient/in

	Ja	Nein	Bemerkungen
- zeitlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
- örtlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
- persönlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
- situativ desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

Ja	Nein	Bemerkungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

Ja	Nein	Bemerkungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

6. Liegt Inkontinenz vor?

	Ja	Nein	Bemerkungen
- Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
- Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Wenn ja, in welcher Form?	Stress-Inkontinenz	Drang-Inkontinenz	Reflex-Inkontinenz	Überlauf-Inkontinenz	Extraurethale Inkontinenz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie ist die Gemütsstimmung? (die seelische Verfassung)

8. Besteht eine Suchterkrankung?

Ja Nein Wenn ja, welche?

9. Besteht eine körperliche Behinderung?

10. Liegen physische Störungen vor?

11. Bestehen ansteckende Krankheiten?

TBC MRSA Hepatitis Andere:

12. Diagnose

13. Müssen Medikamente verabreicht werden?

Ja Nein Wenn ja, welche? (Bitte Medikationsplan beifügen)

14. Ist Diät/Schonkost erforderlich?

Ja Nein Wenn ja, in welche Art?

15. Abschließende Hinweise/Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort

Datum

Stempel & Unterschrift des Arztes