

	Damenstift am Luitpoldpark Parzivalstrasse 63 80804 München	<b>Qualitäts- und Umweltmanagement – Handbuch</b>	<b>8 Anhänge</b>
		<b>8.1.6 Ärztl. Stellungnahme</b>	

## Ärztliche Stellungnahme

Anlage: Anmeldung zur Heimaufnahme

Name der Patientin: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Allgem. Pflegebereich     offener Geronto-Bereich     beschützender Geronto-Bereich

**Diagnosen:** (Bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist die Patientin gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
Ist Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
Ist die Patientin bettlägrig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
Wechseldruckmatratze erforderlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wo? _____
Ulcera	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wo? _____

<b>Inkontinenz</b>	<input type="checkbox"/> <b>Harn</b>	<input type="checkbox"/> <b>Stuhl</b>	<input type="checkbox"/> DK / Sup. Kath. wo? _____
Stoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Port-Katheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
PEG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Tracheostoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hilfebedarf bei(-m):	<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> Körperpflege	
	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett	
	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Aufsuche der Toilette	

Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
Persönliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
Situative Orientierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
Gestörter Tag-/Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
Weg / Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
Eigen-/Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
Beschluss gem. § 1896 BGB	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(beschützende Unterbringung)
Vollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	folgende: _____
Fixierungsbeschluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	folgender: _____

Suchtkrankheit? welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Körperbehinderung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche? _____
Geistig /seelische Störung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche? _____

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Dezember 2025	Seite	1/1
VL/PÜL	PÜL		Version	1.3
			Stand	12/22

Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/> Hörgerät
Blindheit?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	

Hat die Patientin <b>ansteckende Krankheiten</b> (auch ansteckungsfähige Lungentuberkulose gem. § 36 IfGS) ?					
	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Multiresistente Keime (MRSA o. ä.)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	wo? _____
Andere ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	welche? _____
<b>Covid-19 – Impfung</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	welche? _____

Spezielle Diät	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	welche? _____
Diabetikerin	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/> Insulinpflichtig

Allergien	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	welche? _____
-----------	--------------------------	----	--------------------------	------	---------------

Welche Pflegehilfsmittel werden benötigt?	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------

Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist erforderlich wegen:	
<input type="checkbox"/>	des Fehlen einer Pflegeperson
<input type="checkbox"/>	fehlender Pflegebereitschaft möglicher Pflegeperson
<input type="checkbox"/>	drohender oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson
<input type="checkbox"/>	drohender oder bereits eingetretene Verwahrlosung und Vereinsamung der Patientin
<input type="checkbox"/>	Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen
<input type="checkbox"/>	räumlicher Gegebenheiten im häuslichen Umfeld, die eine Versorgung nicht zulassen

Liegt ein Pflegegrad vor	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	welcher? _____
Schnelleinstufung erfolgt	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	

Hinweise und Bemerkungen (aus ärztlicher Sicht):
_____
_____
_____

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Arztes