

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Geboren am:	

1	Bestehende Krankheiten?


2	Welche der bestehenden Krankheiten ist entscheidend für den Antrag auf Heimaufnahme?

3	Hilfe ist erforderlich beim....		
	Dauernd	Zeitweilig	Nein
Gehen			
Aufstehen, zu Bett gehen			
Waschen			
Frisieren/Rasieren			
Ankleiden			
Essen			
Einnahme von Medikamenten			
Benutzen der Toilette			
Sonstiges			

4	Es besteht....		
	Dauernd	Zeitweilig	Nein
Urinkontinenz			
Stuhlinkontinenz			
Desorientierung zur: Person			
Zeit			
Ort			
Motorische Unruhe			
Bettlägrigkeit			
Wahnvorstellungen			
Weglauff Tendenzen			

5	Liegen körperliche Behinderungen vor?
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Falls ja, welcher Art?

Änderungsstatus: 2	Bearbeitet von: QMB	Verantwortet von: HL/ PDL	Freigegeben am: 13.01.2017 Inkrafttreten am: 13.01.2017	
--------------------	---------------------	------------------------------	--	---

6	Besteht eine Suchtkrankheit?
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Falls ja, Welche?

7	Bitte beschreiben Sie die Gemütsstimmung/ seelische Verfassung!

8	Bestehen ansteckende Krankheiten?
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Falls ja, Welche?

9	Ist Diätkost erforderlich?
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Falls ja, Welche?


10	Welche Medikamente werden derzeit verabreicht?

11	Hinweise, Bemerkungen....

12	Pflegegrad	
Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/>	§ 45a (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/>	
Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/>	
Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/>	
Pflegegrad 5	<input type="checkbox"/>	

Ort, Datum _____

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Änderungsstatus: 2	Bearbeitet von: QMB	Verantwortet von: HL/ PDL	Freigegeben am: 13.01.2017 Inkrafttreten am: 13.01.2017	
--------------------	---------------------	------------------------------	--	---