

### 3.2.11. Checkliste

<b>Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme</b>	Seite 1 von 2
---	------------------

#### 1. Personalien

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:..... Größe:..... Gewicht:.....

Bisherige Adresse:.....

.....

#### 2. Diagnosen:.....

.....

.....

.....

#### 3. Verordnete Medikamente:

Medikament:	mo.	mi.	ab.	na.

#### 4. Ermittlung des Hilfebedarfs

Besteht Inkontinenz?	ja	nein	Besteht Desorientiertheit ?	ja	nein
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Besteht nächtliche Unruhe?</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Besteht Weglauftendenz?</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.2.11. Checkliste

<b>Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme</b>	Seite 2 von 2
---	------------------

	ja	nein
<b>Ist eine Betreuung beantragt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ist eine Betreuung eingerichtet?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sind freiheitsentziehende Maßnahmen einschließlich der Verabreichung von Psychopharmaka notwendig?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
<b>Liegt ein richterlicher Beschluß vor?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Besteht eine ansteckende Krankheit lt. Infektionsschutzgesetz (z.B. TBC)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
<b>Bestehen psychische Störungen, Suchterkrankungen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?.....		
<b>Besteht ein Dekubitus?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Lokalisation/ Größe/ Grad: .....		
<b>Bestehen Hauterkrankungen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
<b>Hinweise und Bemerkungen des Arztes:</b> .....		
.....		

**5. Begründung der Heimpflegebedürftigkeit (Bitte mindestens eine Möglichkeit ankreuzen!)**

Ich erkläre, daß bei meinem Patienten/ meiner Patientin Heimpflegebedürftigkeit besteht, weil

- eine Pflegeperson fehlt
- die Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen fehlt
- eine Überforderung der Pflegepersonen droht oder bereits eingetreten ist
- die Verwahrlosung droht oder bereits eingetreten ist
- eine Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist
- die räumlichen Gegebenheiten der Wohnung keine häusliche Pflege ermöglichen

---

Ort, Datum
Unterschrift u. Stempel des Arztes

Freigabe durch PDL	Freigabe 50 KW 2004	Wiedervorlage 50 KW 2006	Änderungsstufe 1	Erstellt durch QB	Erstellt am 06.12.2004
-----------------------	------------------------	-----------------------------	---------------------	----------------------	---------------------------