

## ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME / ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Die Stellungnahme erfolgt zur ärztlichen Einschätzung des Pflege-/Versorgungsbedarfs für Frau/Herrn ..... , geboren am .....

### A: Pflegebegründende Diagnosen: (Kopie bitte beifügen)

Hauptdiagnose: .....

1. Nebendiagnose: .....

2. Nebendiagnose: .....

3. Nebendiagnose: .....

4. Nebendiagnose: .....

5. Nebendiagnose: .....

Sonstiges/Bemerkungen: .....

### B: Allgemeinbefund:

- |                             |  |                                    |  |
|-----------------------------|--|------------------------------------|--|
| Allgemeinzustand:           | <input type="checkbox"/> gut           | <input type="checkbox"/> mäßig     | <input type="checkbox"/> deutlich reduziert                        |
| Ernährungszustand:          | <input type="checkbox"/> gut           | <input type="checkbox"/> mäßig     | <input type="checkbox"/> deutlich reduziert                        |
| Harninkontinenz:            | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> zeitweise                                 |
| Stuhlinkontinenz:           | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> zeitweise                                 |
| Bewusstseinslage:           | <input type="checkbox"/> wach          | <input type="checkbox"/> schläfrig | <input type="checkbox"/> benommen <input type="checkbox"/> komatös |
| Desorientierung:            | <input type="checkbox"/> örtlich       | <input type="checkbox"/> zeitlich  | <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> keine |
| Selbstgefährdungstendenzen: | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> zeitweise                                 |
| Fremdgefährdungstendenzen:  | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> zeitweise                                 |
| Lauf-Tendenzen:             | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> zeitweise                                 |
| ansteckende Krankheiten:    | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein      |  |
| Suchtkrankheiten:           | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein      |  |
| Allergien:                  | <input type="checkbox"/> keine bekannt | <input type="checkbox"/> ja: ..... |  |

## C: Funktionelle Einschränkungen:

des Stütz- und Bewegungsapparates:  keine  mäßig  
 schwer  Funktionsausfall

der inneren Organe:  keine  mäßig  
 schwer  Funktionsausfall

der Sinnesorgane:  keine  mäßig  
 schwer  Funktionsausfall

des ZNS und der Psyche:  keine  mäßig  
 schwer  Funktionsausfall

## D: Hilfebedarf gem. SGB XI (Pflegeleistungen)

### 1. Grundpflegerische Versorgung

Hilfe bei der Körperpflege:  Übernahme  Anleitung  Beaufsichtigung  keine

Hilfe bei der Ernährung:  Übernahme  Anleitung  Beaufsichtigung  keine

Hilfe bei der Mobilität:  Übernahme  Anleitung  Beaufsichtigung  keine

Nächtlicher Hilfebedarf:  ja  nein

2. Hauswirtschaftliche Versorgung  ja  nein

### 3. Behandlungspflegerische Versorgung

Richten/Verabreichen der Medikation  Injektionen  Blutzuckerkontrollen

Sonstiges: .....

Sonden / Drainagen / Saugsysteme: .....

Verbände / Verbandswechsel: .....

.....

### 4. Schutzmaßnahmen erforderlich

nein  ja  Schutzgitter am Bett  Geriatrischer Stuhl

Sonstiges: .....

Falls ja:  Richterliche Genehmigung liegt vor  Richterliche Genehmigung ist beantragt

## E: Stellungnahme des Arztes

Vollstationäre Pflege erforderlich:  ja  nein

Einschränkungen:  überwiegend geistig  überwiegend körperlich

Hinweise /Bemerkungen: .....

.....

.....

....., den ..... 20.....

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes