

## Ärztliche Beurteilung

Für den Altenhilfeverbund Nürnberg Rummelsberger Stift St. Lorenz

Rummelsberger Stift St. Lorenz, Hintere Sterngasse 10-16, 90402 Nürnberg	Tel.: 0911/242760 Fax: 0911/24276100 Mail: lebeninnuernberg@rummelsberger.net
--	---

<b>ÄRZTLICHE BEURTEILUNG FÜR DIE ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME</b>	Name, Vorname		Geburtsdatum
	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	Geplantes Aufnahmedatum

### WICHTIGE MEDIZINISCHE DIAGNOSEN

Größe                      Gewicht                      Kommunikation möglich  ja  nein  
**Wenn nein** bitte Grund:  kognitiv  taub  sprachlich  
 Diagnosen:

### BESONDERE VERSORGUNGSSITUATION

Suchterkrankungen – wenn ja, welche:                       Psychiatrische Erkrankung – wenn ja, welche:  
 Diabetes mellitus  insulinpflichtig                       Sauerstoffversorgung  
 PEG                       Cystofix  
 DK                       Stoma  
 bekannte Allergien – wenn ja, welche:                       Wunden – wenn ja, welche:  
 Ärztlich verordnete Kostform:                       freiheitsentziehende Maßnahmen

### FREMDE HILFE WIRD BENÖTIGT BEIM ...

Körperpflege	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Toilettengang	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Versorgen der Inkontinenz	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd

### PFLEGERISCHE VERSORGUNG

Ist die Person bettlägerig?  nie  gelegentlich  häufig  dauernd  
 Liegt eine Inkontinenz vor?  nie  gelegentlich  häufig  dauernd

### KOGNITIVE UND MOTORISCHE AUFFÄLLIGKEITEN

Orientierungsstörung	Häufigkeit	<input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> situativ
		<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
Unruhezustände	Häufigkeit	<input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> Hin- / Weglauftendenz
		<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd

Gerontopsychiatrische Auffälligkeiten:

### INFEKTIONSKRANKHEITEN

Liegen ansteckende Krankheiten vor, wie z.B. TBC, Hepatitis, HIV, MRSA, VRE etc.?  nein  ja, welche:

<i>Ort, Datum</i>	<i>Stempel und Unterschrift des Arztes</i>	Aufnahme möglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<i>Unterschrift und Hdz. des Verantwortlichen</i>