

Caritas senioren, wohnen & pflege
Altenzentrum Heilig Geist
Burgstraße 12
31157 Sarstedt

Tel: 05066- 9920
Fax: 05066 - 99211

1. Name			
2. Vorname			
3. Geburtsname			
4. Ist der Patient gehfähig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Teilweise <input type="checkbox"/>
5. Treppensteigen möglich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Teilweise <input type="checkbox"/>
6. Ständig bettlägrig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Teilweise <input type="checkbox"/>
7. Stuhlinkontinenz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Teilweise <input type="checkbox"/>
8. Harninkontinenz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Teilweise <input type="checkbox"/>
9. Hilfebedarf	Beim Essen <input type="checkbox"/> Beim Frisieren <input type="checkbox"/> Toilettengang <input type="checkbox"/>	Beim Waschen <input type="checkbox"/> Beim Aufstehen <input type="checkbox"/> Beim Lagern <input type="checkbox"/>	Beim Trinken <input type="checkbox"/> Bei der Mobilität <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Örtl. Orientiert	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Teilweise <input type="checkbox"/>
11. Zeitl. orientiert	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Teilweise <input type="checkbox"/>
12. Situativ orientiert	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Teilweise <input type="checkbox"/>
13. Nächtliche Unruhe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Teilweise <input type="checkbox"/>
14. Gemütsstimmung Seelische Verfassung	Freundlich <input type="checkbox"/>	Verdrießlich <input type="checkbox"/>	Teilnahmslos <input type="checkbox"/>
15. Hinlauftendenzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
16. Suchterkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/> welche:		Nein <input type="checkbox"/>
17. Behinderung körperl./ geistig?	Ja <input type="checkbox"/> welche:		Nein <input type="checkbox"/>
18. Diagnosen mit ICD Schlüssel			
19. Medikamente			
20. Ist der Patient frei von ansteckenden Krank- heiten und Keimen (TBC, MRSA, ORSA)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Liegt ein ärztl. Zeugnis nach §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz vor?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
21. Liegen Informationen zu Schmerzen vor? (Schmerzlokalisierung/ Schmerzdiagnose)	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
22. Ist Diät- oder Schonkost erforderlich?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welcher Art:
23. Hinweise/ Anmerkungen des Arztes	

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/ Stempel

erstellt am	erstellt von	Wiedervorlage	Änderungsstufe	Freigabe am	Freigabe durch
10.07.2019	QMB, PDL	Juli 2022	2	10.07.2019	HL