

**Ärztliches Gutachten zur Aufnahme in das Bürgerheim Kumpfmühl**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Diagnosen: \_\_\_\_\_

|  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Leidet der Patient an ansteckenden Krankheiten?<br>(Nachweis gem. § 48 a Abs. 2 Bundesseuchengesetz) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient Ausscheider von Erregern übertragbarer Krankheiten?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist eine Ansteckungsgefahr für Mitbewohner ausgeschlossen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient geisteskrank?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient anfallskrank?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient suchtkrank?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient „weglauf“ gefährdet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient blind?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient erheblich schwach?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Benötigt der Patient Hilfe bei folgenden Verrichtungen des täglichen Lebens:**

|   | 1 x tgl.                 | 3 x tgl.                 | rund um die Uhr,<br>auch nachts |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Aufstehen / Zubettgehen                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| An- und Auskleiden                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Gehen, Stehen, Treppensteigen           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Verlassen / Wiederaufsuchen der Wohnung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Waschen, Baden, Duschen                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Zähneputzen, Kämmen                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Haare waschen, rasieren                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Nagelpflege                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Blasen- und Darmentleerung              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Mundgerechte Zubereitung der Nahrung    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Nahrungsaufnahme                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| Bei der hauswirtschaftlichen Versorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |

**Empfohlene stationäre Versorgung:**

Wohnbereich, gelegentliche Hilfeleistung       ständige pflegerische Betreuung

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Stempel des Arztes / der Klinik

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Der Bewerber hat sein Einverständnis bezüglich der Erhebung aller für die Heimaufnahme erforderlichen medizinischen Daten bekundet.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
des Bewerbers oder des gesetzl. Vertreters