

# Soziale Dienste Werra-Meißner gGmbH

## DRK-Seniorenzentrum Witzenhausen

### Ärztliches Gutachten -vertraulich-

(Die Angaben in diesem Fragebogen dürfen zum Zeitpunkt des Heimeinzuges nicht älter als 14 Tage sein).

Zur Prüfung der Voraussetzung für die Aufnahme in einer Senioreneinrichtung werden Sie um Abgabe eines Gutachtens gebeten.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Diagnosen zum Zeitpunkt der Begutachtung

---

---

---

Allergien:  nein  nicht bekannt  ja

Suchtkrankheiten  nein  nicht bekannt  ja

Ist der Bewohner frei von ansteckenden Krankheiten  Ja  Nein

Welche: \_\_\_\_\_

Ausschluss einer Tuberkulose  ja  nein

Wurde MRSA diagnostiziert  nein  ja Seit wann: \_\_\_\_\_

Wurde ESBL diagnostiziert  nein  ja Seit wann: \_\_\_\_\_

Wurde Hepatitis diagnostiziert  nein  ja Seit wann: \_\_\_\_\_

Ernährungssonde  Diab.mell.  Herzschrittmacher

Anus praeter  Stuhlinkontinenz  Harninkontinenz

Blasenkatheter  Dekubitus

Liegt eine Demenz vor  Ja  Nein

**Demenzform**  Morbus Alzheimer oder senile Demenz Alzheimer Typ  
 Multiinfarkt Demenz  
 gemischte Demenz  
 sonstige dementielle Erkrankung (z.B. Parkinson)

---

**Orientierung** zeitlich:  ja  gelegentlich  nein  
örtlich:  ja  gelegentlich  nein  
situativ:  ja  gelegentlich  nein

Liegen Störungen des Handelns, der Bewegung des Gefühllebens, des Denkens und der Kommunikation vor

nein  ja

Apraxie   
Affektlabilität   
Halluzination

Aphasie   
Depressionen

Agnosie   
Wahnvorstellung

Liegen psychische Störungen vor  Nein  Ja Welche:

---

Der Bewohner trägt regelmäßig Brille  Hörgerät  sonstige

---

Der Bewohner ist:

Imstande, allein den Haushalt zu versorgen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande, sich allein an- und auszukleiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande, sich allein körperlich zu reinigen und zu pflegen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande, selbstständig zu essen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande, sich allein im Bett aufzusetzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande; aus dem Bett aufzustehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande, alleine zu gehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Imstande, allein Treppen zu steigen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ständig bettlägerig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Völlig auf fremde Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Der Bewohner benötigt Hilfe durch Dritte  vorübergehend

dauernd voraussichtlich für mindestens 6 Monate

Die Aufnahme in ein Pflegeheim ist erforderlich  Ja  Nein

Der Bewohner muss zur Zeit folgende Medikamente  
Einnehmen: (Art und Dosierung)

---

---

---

---

Welche weiteren Ärzte sind in der Behandlung des Bewohners mit  
einbezogen?

---

Urologe  Neurologe  Orthopäde  Chirurg

Augenarzt  sonstige

---

---

Adressen und Berichte stelle ich, dem Einverständnis des Bewohners vorausgesetzt zur Verfügung  
( siehe Anlage )

Ja  Nein

---

Datum/

Arztstempel

Unterschrift des Arztes

Im Text wird aus sprachlichen Gründen der Begriff „Bewohner“ verwendet, dieser schließt  
Bewohnerinnen ausdrücklich mit ein.