



für die Aufnahme oder Verlegung eines/einer Patienten/Patientin bzw. eines/einer Pflegebedürftigen in eine Tagespflege-, Kurzzeitpflege- oder vollstationäre Pflegeeinrichtung, Seniorenwohnhaus, Wohngemeinschaft bzw. für die Versorgung und Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst zu Hause gemäß SGB V, SGB XI bzw. SGB XII

Bitte in Block- oder Maschinenschrift ausfüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Wohnort	Straße	Telefon
---------	--------	---------

Gesetzliche/r Betreuer/in	Name	Vorname
----------------------------------	------	---------

Wohnort	Straße	Telefon
---------	--------	---------

1. Die vor genannte Person befindet sich im/in der

Krankenhaus - Abteilung für:

eigenen Wohnung

Wohngemeinschaft

Kurzzeitpflegeeinrichtung

vollstationären Pflegeeinrichtung

Seniorenwohnhaus

Tagespflegeeinrichtung

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ist anerkannt
nein

Beantragung wird empfohlen

ja Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

2. Diagnose(n) zum Zeitpunkt der Begutachtung

3. Seit wann besteht das Hauptleiden? Bisheriger Verlauf?

4. Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen - u.a. Herz-Kreislauf-System, Bewegungsapparat, Sinnesorgane.

5. Liegen psychische Störungen vor? (Wenn Ja, welcher Art?) ja nein

6. Die letzte Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am
Liegen Anzeichen für aktive Lungentuberkulose vor? ja nein

7.

a) ist imstande, selbständig den Haushalt zu besorgen	ja	nein
b) ist imstande, sich selbständig an- und auszukleiden	ja	nein
c) ist imstande, sich selbständig körperlich zu reinigen und zu pflegen	ja	nein
d) ist imstande, selbstständig zu essen und zu trinken	ja	nein
e) ist imstande, sich selbständig im Bett aufzusetzen	ja	nein
f) ist imstande, selbständig aus dem Bett aufzustehen	ja	nein
g) ist imstande, selbständig eine stabile Sitzposition zu halten	ja	nein
h) ist imstande, selbständig zu gehen	ja	nein
i) ist imstande, selbständig Treppen zu steigen	ja	nein
j) ist kontinent für Urin	ja	nein
k) ist kontinent für Stuhl	ja	nein
l) ist ständig bettlägerig	ja	nein
m) ist völlig auf fremde Hilfe angewiesen	ja	nein
n) ist zeitlich orientiert	ja	nein
o) ist örtlich orientiert	ja	nein

- | | | |
|---|----|------|
| p) ist imstande, Sachverhalte/Informationen zu verstehen | ja | nein |
| q) ist imstande, elementare Bedürfnisse mitzuteilen (z.B. Durst, Hunger, Schmerz) | ja | nein |
| r) ist imstande, Aufforderungen zu verstehen | ja | nein |

8. Welche neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Art machen eine der nachstehend genannten Maßnahmen erforderlich?

9. Für erforderlich wird gehalten:

- a) Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
- b) Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)
- c) SAPV (§ 37b SGB V)
- d) Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)
- e) Hilfsmittel:

f)

10. Für erforderlich gehalten wird die Aufnahme oder Verlegung in ein/eine

Seniorenwohnhaus

Tagespflegeeinrichtung

Kurzzeitpflegeeinrichtung

vollstationäre Pflegeeinrichtung

Wohngemeinschaft

Akutgeriatrie oder Rehabilitationseinrichtung

11. Maßnahmen, die bei einer Verlegung in eine Akutgeriatrie oder zur Rehabilitation notwendig sind

Arztvisite: täglich mehrmals wöchentlich seltener oder nach Bedarf

a) Fachpflegerische Maßnahmen aufgrund ärztlicher Verordnung durch Pflegefachkräfte

(zum Beispiel Verbände, Infusionen, Spülungen, Dekubituspflege, Katheterisieren) ja nein

- | | | |
|--|----|------|
| b) monatlich mehrfach diagnostische Leistungen (insbesondere Labor, EKG) | ja | nein |
| c) Physikalische Therapie | | |
| zur Wiedererlangung von Funktionen (z.B. nach Schlaganfall) | | |
| zur Erhaltung vorhandener Funktionen | | |
| insbesondere durch Krankengymnastik | | |
| d) Insulinpflichtig | ja | nein |
| e) Diät (wenn Ja, welche?) | ja | nein |
-

12. Bemerkungen:

(Datum)

(Stempel und Unterschrift d. Ärztin/Arztes)