

# Ärztliches Gutachten

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 <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Abteilung für <input type="checkbox"/> eigenen Wohnung <input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> vollstationären Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Seniorenwohnhaus <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft		Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ist anerkannt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beantragung wird empfohlen <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> Pflegestufe I <input type="checkbox"/> Pflegestufe II <input type="checkbox"/> Pflegestufe III <input type="checkbox"/> Einstufung nach § 45a SGB XI <input type="checkbox"/> Einstufung nach § 87b SGB XI
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.   		

<p>5. Liegen psychische Störungen vor? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</span></p> <p>Wenn Ja, welcher Art?</p>	
<p>6. Die letzte Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am Liegen Anzeichen für aktive Lungentuberkulose vor? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</span></p>	
<p>7. <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <span style="float: right;">ist</span></p>	
<p>a) imstande, allein den Haushalt zu besorgen</p> <p>b) imstande, sich allein an- und auszukleiden</p> <p>c) imstande, sich allein körperlich zu reinigen und zu pflegen</p> <p>d) imstande, selbstständig zu essen</p> <p>e) imstande, sich allein im Bett aufzusetzen</p> <p>f) imstande, aus dem Bett aufzustehen</p> <p>g) imstande, allein zu gehen</p> <p>h) imstande, allein Treppen zu steigen</p> <p>i) kontinent für Urin</p> <p>j) kontinent für Stuhl</p> <p>k) ständig bettlägerig</p> <p>l) völlig auf fremde Hilfe angewiesen</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>8. Welche neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Art machen eine der nachstehend genannten Maßnahmen erforderlich?</p>	
<p>9. Für erforderlich wird gehalten:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)</p> <p>c) <input type="checkbox"/> SAPV (§ 37b SGB V)</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>f) <input type="checkbox"/></p>	
<p>10. Für erforderlich gehalten wird die Aufnahme oder Verlegung in ein/eine</p> <p><input type="checkbox"/> Seniorenwohnhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> Kurzzeitpflegeeinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> vollstationäre Pflegeeinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft</p> <p><input type="checkbox"/> Akutgeriatrie oder Rehabilitationseinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/></p>	

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

a) Arztvisite

täglich     mehrmals wöchentlich     seltener oder nach Bedarf

b) Fachpflegerische Maßnahmen

aufgrund ärztlicher Verordnung durch Pflegefachkräfte  
(zum Beispiel Verbände, Infusionen, Spülungen, Dekubituspflege, Katheterisieren)

Nein     Ja

c) monatlich mehrfach diagnostische Leistungen (insbesondere Labor, EKG)

Nein     Ja

d) Physikalische Therapie

zur Wiedererlangung von Funktionen (z.B. nach Schlaganfall)

zur Erhaltung vorhandener Funktionen

insbesondere durch  Krankengymnastik

e) Insulinpflichtig  Nein

Ja

f) Diät:  Nein

Ja

wenn Ja, welche:

12. Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift d. Ärztin/Arztes)