

Heimaufnahme**Ärztliche Beurteilung** (anlässlich der Vormerkung/Einzug)

Vor- und Zuname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ/Ort:
Krankenkasse:	

1. Diagnosen (auch über evtl. ansteckende Krankheiten)

2.1 Allergie Allergiepass _____ Marcumar M. Pass

2.2 Ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane liegt vor nicht vor
 (Vorschrift gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

2.3 ORSA/MRSA ja nein 2.3 VRE ja nein

2. Geistig-psychischer Zustand

unauffällig nicht ansprechbar motorisch unruhig
 auffallend vergesslich desorientiert (örtlich, zeitlich, zur Person)
 Gefahr des Weglaufens psychisch krank Suchtgefährdet

3. Ernährungs- und Kräftezustand

normal adipös kachektisch

4. Seh- und Hörfähigkeit

normal blind taub schwerhörig

5. Mobilität, Bewegungsfähigkeit

normales Lähmungen: _____
 eingeschränkt _____ Versteifungen: _____
 Bettlägerig: ständig zeitweise Amputation:
 Hilfsmittel:

6. Pflegebedürftigkeit

Hilfe erforderlich bei:

An- und ausziehen waschen baden aufstehen/hinlegen Gehen
 Ausscheidung inkontinent (Urin/Stuhl) Essen Zerkleinern der Speisen
 sonstiges:
 Hilfsmittel:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift behandelnder Arzt