

1. Personalien

Name:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:..... Größe:..... Gewicht:.....

Bisherige Adresse:.....

.....

2. Diagnosen:.....

.....

.....

.....

3. Verordnete Medikamente:

Medikament:	mo.	mi.	ab.	na.

4. Ermittlung des Hilfebedarfs

Besteht Inkontinenz? ja nein

Stuhl ☐ ☐

Urin ☐ ☐

Besteht Desorientiertheit ? ja nein

zeitlich ☐ ☐

örtlich ☐ ☐

persönlich ☐ ☐

situativ ☐ ☐

Besteht nächtliche Unruhe? ☐ ☐

Besteht Weglauftendenz? ☐ ☐

	ja	nein
Ist eine Betreuung beantragt?	☐	☐
Ist eine Betreuung eingerichtet?	☐	☐
Sind freiheitsentziehende Maßnahmen einschließlich der Verabreichung von Psychopharmaka notwendig?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Liegt ein richterlicher Beschluss vor?	☐	☐
Besteht eine ansteckende Krankheit lt. Infektionsschutzgesetz (z.B. TBC)?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Bestehen psychische Störungen, Suchterkrankungen?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Besteht ein Dekubitus?	☐	☐
Wenn ja, Lokalisation/ Größe/ Grad:		
Bestehen Hauterkrankungen?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Hinweise und Bemerkungen des Arztes:		

5. Begründung der Heimpflegebedürftigkeit (Bitte mindestens eine Möglichkeit ankreuzen!)

Ich erkläre, dass bei meinem Patienten/ meiner Patientin Heimpflegebedürftigkeit besteht, weil

- ☐ eine Pflegeperson fehlt
- ☐ die Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen fehlt
- ☐ eine Überforderung der Pflegepersonen droht oder bereits eingetreten ist
- ☐ die Verwahrlosung droht oder bereits eingetreten ist
- ☐ eine Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist
- ☐ die räumlichen Gegebenheiten der Wohnung keine häusliche Pflege ermöglichen

Ort, Datum

Unterschrift u. Stempel des Arztes