

**zur beabsichtigten Heimaufnahme im: Kreissenorenheim St. Antonius**  
**Hauptstraße 28**  
**84152 Mengkofen**  
**Tel: 08733/93910**

**Fax: 08733/939120**

*Bitte in Druckschrift ausfüllen:*

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Selbstständiger Haushalt – <b>ohne</b> Unterstützung und Hilfe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Selbstständiger Haushalt – <b>mit</b> Hilfe und Unterstützung (z. B. durch Sozialstation...)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
In Haushalt mit <b>Familie</b> (Kinder, Enkel...) zusammengelebt und dadurch versorgt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Klinikaufenthalt unmittelbar vor der Heimaufnahme	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim:**

	nein	selten	häufig	dauernd		nein	selten	häufig	dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus d. Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Allgemeines:**

	nein	selten	häufig	dauernd
Zeitliche Orientierung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Orientierung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räumliche Orientierung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situative Orientierung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauftendenzen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinlauftendenzen / Adaptionsverhalten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefahr der Selbstgefährdung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheidungsfähigkeit vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nonverbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*äußert sich wie folgt:*

\_\_\_\_\_

**Immobilität / Bettlägerigkeit**  
**Kontraktoren vorhanden**  
*wo und wie ausgeprägt:*

**Mobilisation möglich**  
**Stuhlinkontinenz vorhanden**  
**Harninkontinenz vorhanden**

**Form der Harninkontinenz:**

\_\_\_\_\_

**4. Besteht eine körperliche Behinderung?** (*Wenn ja, welcher Art – bitte genau bezeichnen*)

---

---

---

**5. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. MRSA, TBC?** (*Bitte genau bezeichnen*)

---

---

---

**6. Liegen psychische / psychiatrische / gerontopsychiatrische Störungen vor?**  
(*Wenn ja, welcher Art*)

---

---

---

**7. Wie ist die Gemütsstimmung /seelische Verfassung?**  
(*Bitte die Verhaltensweisen genau beschreiben*)

---

---

---

**8. Besteht eine Suchtkrankheit? Wenn ja, welche?** (*Bitte Reaktionen... genau erläutern*)

---

---

---

**9. Diagnosen:**

---

---

---

**10. Ist Diät erforderlich?** (*Wenn ja, welcher Art? Bei Diabetiker wie viele BE täglich?*)

---

---

---

**11. Ist eine PEG-Anlage vorhanden?** (*Wenn ja, bitte den Grund hierfür mit angeben*)

---

---

---

**12. Hinweise und Bemerkungen**

---

---

---

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung des behandelnden Arztes der aufzunehmenden Person.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

Alle Angaben werden selbstverständlich **vertraulich** behandelt!!!

Vielen Dank für die freundliche Unterstützung!