



Ärztliche Stellungnahme

Die Stellungnahme erfolgt zur ärztlichen Einschätzung des Pflege-/Versorgungsbedarfs für:
 Frau / Herrn _____ Geboren am _____

A. Pflegebegründende Diagnosen

Hauptdiagnose: _____

1.Nebendiagnose: _____

2.Nebendiagnose: _____

3.Nebendiagnose: _____

4.Nebendiagnose: _____

weitere: _____

B. Allgemeinbefund (zutreffendes bitte ankreuzen)

Allgemein-/Ernährungszustand:	gut	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>	deutlich reduziert	<input type="checkbox"/>		
Harninkontinenz:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>		
Stuhlinkontinenz:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>		
Bewußtseinslage:	wach	<input type="checkbox"/>	schläfrig	<input type="checkbox"/>	benommen	<input type="checkbox"/>	komatös	<input type="checkbox"/>
Desorientierung:	örtlich	<input type="checkbox"/>	zeitlich	<input type="checkbox"/>	zur Person	<input type="checkbox"/>	keine	<input type="checkbox"/>
Selbstgefährdungstendenzen:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>		
Fremdgefährdungstendenzen:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>		
Weglauf - Tendenzen:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>		
Übertragbare Krankheiten (z.B. Tbc):				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
Suchtkrankheiten (z.B. Alkoholabusus):				ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	

C. Funktionelle Einschränkungen (zutreffendes bitte ankreuzen)

des Stütz- und Bewegungsapparates	keine	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>
	schwer	<input type="checkbox"/>	Funktionsausfall	<input type="checkbox"/>
.....				
der inneren Organe	keine	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>
	schwer	<input type="checkbox"/>	Funktionsausfall	<input type="checkbox"/>
.....				
der Sinnesorgane	keine	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>
	schwer	<input type="checkbox"/>	Funktionsausfall	<input type="checkbox"/>
.....				
des ZNS und der Psyche	keine	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>
	schwer	<input type="checkbox"/>	Funktionsausfall	<input type="checkbox"/>

bitte wenden

D. Hilfebedarf gemäß SGB XI (zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Grundpflegerische Versorgung:

Hilfe bei der Körperpflege: Übernahme Anleitung Beaufsichtigung keine
Hilfe bei der Ernährung: Übernahme Anleitung Beaufsichtigung keine
Hilfe bei der Mobilität: Übernahme Anleitung Beaufsichtigung keine
Nächtlicher Hilfebedarf: ja nein

2. Hauswirtschaftliche Versorgung:

ja nein

3. Behandlungspflegerische Versorgung:

Richten und verabreichen der Medikation Injektionen s.c. Blutzuckerkontrollen
Sonstiges:
 Sonden / Drainagen / Saugsysteme: _____
 Verbände / Verbandwechsel: _____

4. Schutzmaßnahmen erforderlich:

Nein

Ja, folgende Maßnahmen sind erforderlich: Schutzgitter am Bett Geriatrischer Stuhl

Sonstiges: _____

Falls Ja:

Es liegt eine richterliche Genehmigung vor . Es ist eine richterliche Genehmigung beantragt.

E. Stellungnahme

Vollstationäre Pflege erforderlich: ja nein

Einschränkungen: überwiegend geistig überwiegend körperlich

-



_____, den _____ . _____
Ort Datum

Kassenärztlicher Stempel
Unterschrift des Arztes/der Ärztin