

# Ärztliches Gutachten

für die **Aufnahme oder Verlegung** in ein(e)

**Seniorenwohnhaus, stationäre Pflege-, Tagespflege-, Kurzzeitpflegeeinrichtung**  
bzw. für die **Versorgung und Betreuung** durch **ambulante Pflegedienste/Sozialstationen**  
gemäß SGB V und XI sowie dem BSHG

- Bitte in Block- oder Maschinenschrift ausfüllen!     Zutreffendes bitte ankreuzen -

Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Straße	Telefon
<p>1. Die vorgenannte Person befindet sich im/in der</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Krankenhaus  <input type="checkbox"/> Abteilung für _____  <input type="checkbox"/> eigenen Wohnung  <input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung  <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflegeeinrichtung         </div> <div style="width: 50%;">           bzw. seit dem _____ 20_____ in einem/einer  <input type="checkbox"/> Seniorenwohnhaus  <input type="checkbox"/> stationären Pflegeeinrichtung/Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ist anerkannt           <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <span>Pflegestufe I ..... <input type="checkbox"/></span>  <span>Pflegestufe II ..... <input type="checkbox"/></span>  <span>Pflegestufe III ..... <input type="checkbox"/></span> </div> </div> </div>		
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. Bewegungsapparat, Sinnesorgane, Kreislauf.		
5. Liegen psychische Störungen vor? <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nein</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ja</span> (Wenn ja, welcher Art?)		
6. Die letzte Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am _____ 20_____		
Liegen Anzeichen für aktive Lungentuberkulose vor? <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nein</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ja</span>		
7. Frau/Herr _____ ist		
a) imstande, allein den Haushalt zu besorgen ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</span>		
b) imstande, sich allein an- und auszukleiden ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</span>		
c) imstande, sich allein körperlich zu reinigen und zu pflegen ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</span>		
d) imstande, selbständig zu essen ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</span>		
e) imstande, sich allein im Bett aufzusetzen ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</span>		
f) imstande, aus dem Bett aufzustehen ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</span>		
g) imstande, allein zu gehen ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</span>		
h) imstande, allein Treppen zu steigen ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</span>		
i) kontinent für Urin ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</span>		
j) kontinent für Stuhl ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</span>		
k) ständig bettlägerig ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</span>		
l) völlig auf fremde Hilfe angewiesen ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</span>		

8. Maßnahmen, die bei einer Verlegung in eine Akutgeriatrie oder zu 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, Decubituspflege, 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

Beschäftigungstherapie

e) Medikamente

Insulinpflichtig  nein     ja

f) Diät:

nein     ja

wenn ja, welche:

9. Welche neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Art machen eine der nachstehend genannten Maßnahmen erforderlich?

10. Für erforderlich wird gehalten:

a)  Häusliche Krankenpflege (§ 37, 38 SGB V)     ohne Haushaltshilfe  
 mit Haushaltshilfe

b)  Häusliche Pflege (§ 36 SGB XI)

c)  Hilfe zur Pflege (§ 68 BSHG)

11. Für erforderlich wird gehalten die Aufnahme oder Verlegung in ein/eine

Seniorenwohnhaus

Tagespflege

Kurzzeitpflege

stationäre Pflegeeinrichtung

12. Bemerkungen:

Berlin, den \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

(Stempel und Unterschrift d. Arztes/Ärztin)