

Ärztliches Gutachten

-vertraulich-



Bruder Jordan Zentrum

Vollstationäre Altenhilfe

Pfefferackerstr.67

45894 Gelsenkirchen

Tel.: 0209/38665-0

Fax: 0209/38665-33

E-Mail: heimleitung@bruder-jordan-haus-gelsenkirchen.de

Zur Prüfung der Voraussetzung für die Aufnahme bzw. den Verbleib in einem Altenheim werden Sie um Abgabe eines Gutachtens gebeten.

Persönliche Angaben des Patienten

Name:

Vorname/n:

(Rufname bitte unterstreichen)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum/ Ort:

Versicherung

Krankenversicherung:

gesetzlich Versichert

privat Versichert

Pflegeversicherung:

gesetzlich Versichert

privat Versichert

KV-Nummer:

PV-Nummer:

Ambulante Pflege wird zur Zeit durchgeführt:

von Angehörigen/Bekannten/privat Person

von einen ambulanten Pflegedienst

Diagnosen:

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten?

ja

nein

Welche:

Ausschluss einer Tbc? MRSA

ja

nein

ja

nein

(§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Liegt eine Demenz vor?

ja nein

Demenzform:

(Bitte zur Sicherung der Diagnose Demenz auch **Anlage 2 ausfüllen!!!**)

Morbus Alzheimer oder senile Demenz Alzheimer Typ (SDAT)

Multiinfarkt Demenz (MID)

gemischte Demenz

sonstige dementielle Erkrankung (z.B. bei M.Parkinson)

Liegen Störungen des Handelns, der Bewegung, des Gefühllebens, des Denkens und der Kommunikation vor?

nein

ja

welche:

Apraxie Aphasie Agnosie

Affektlabilität Depression

Wahnvorstellung Halluzinationen

Beurteilung:

Der Patient ist so hilflos ; nicht so hilflos

das er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens

für dauernd in erheblichen in höherem Umfang der Hilfe durch Dritte bedarf

vorübergehend dauernd voraussichtlich für mindestens sechs Monate in angemessenem Umfang der Pflege durch Dritte bedarf.

Die Aufnahme in ein Pflegeheim ist erforderlich

Der Verbleib in einem Pflegeheim ist auf Dauer nicht gegeben

Medikamentöse Behandlung

Der Patient muss zur Zeit folgende Medikamente einnehmen: (Art/Dosierung)

Welche weiteren Ärzte sind in der Behandlung des Patienten mit einbezogen?

Urologe Neurologe Orthopäde Chirurg

Augenarzt sonstige

Adressen und Berichte der mitbehandelnden Ärzte stelle ich, dem Einverständnis des Patienten vorausgesetzt, dem Bruder-Jordan-Haus zur Verfügung. (Die Berichte benötigen wir um eine fachlich korrekte Pflegeleistung dem Krankheitsbild entsprechend erbringen zu können)
(Siehe Anlage 1)

Ort/Datum/Stempel

Unterschrift des Arztes

**Angaben zur Pflege-
Bedürftigkeit**

(Bitte vom ambulanten
Pflegedienst, Krankenhaus
oder vom Erbringer der
Pflegeleistung ausfüllen
lassen)

Benötigte Hilfe:

Körperpflege

- Ganzwaschung
- Teilwaschung
- Duschen/Baden
- Zahnpflege
- Kämmen
- Rasieren
- Darm- und Blasenentleerung
- Dauerkatheder
- Anuspraeter
- Wechseln von Inkontinenzprodukten

Häufigkeit pro Tag:

Ernährung

- mundgerechtes Zubereiten der Nahrung
- Aufnahme der Nahrung

Mobilität

- Aufstehen und Zu-Bett-Gehen
- An- und Auskleiden
- Gehen
- Stehen
- Treppensteigen
- Verlassen und Wiederaufsuchen
der Wohnung

Um einen reibungslosen Übergang zu Gewähren, bitten wir das Krankenhaus oder dem ambulanten Pflegedienst einen **aktuellen Pflegeüberleitungsbogen** am Tag der Aufnahme für das Bruder-Jordan-Haus mitzugeben.

Ort/Datum/Stempel

Unterschrift des Arztes

des amb. Pflegedienstes

des Pflegeleistungserbringer

Vermerk: PDF

Anlage 1

Vollmacht



Bruder Jordan Zentrum

**Vollstationäre Altenhilfe
Pfefferackerstr.67
45894 Gelsenkirchen
Tel.: 0209/38665-0
Fax: 0209/38665-33**

E-Mail: heimleitung@bruder-jordan-haus-gelsenkirchen.de

Hiermit bevollmächtige ich, dass Altenzentrum Bruder-Jordan-Haus, sich alle Informationen über meinen Gesundheitszustand bei den mich behandelnden Ärzten einzuholen. Berichte über Behandlungen können dem Bruder-Jordan-Haus ausgehändigt werden.

Die eingeholten Informationen dienen zur Planung und Durchführung einer Pflege nach neusten Pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.

Ort/Datum

**Unterschrift des Patienten/
Betreuers**

Vermerk: PDF