

Alten- und Pflegeheim der Heiliggeist-Spitalstiftung
Wagnergasse 5
89312 Günzburg
Telefon 08221/20790-0
Fax 08221/20790-88

Angaben zur Person:

Name:	Vorname:
geb. am:	Telefon:
Straße:	
Wohnort:	
derzeitiger Aufenthalt:	

Ärztlicher Untersuchungsbericht

Zustandsbeschreibung

Schwerpunkt-Diagnose:

- Herz/Kreislaufsystem Bewegungsapparat Harnwege/Blase
 Verdauungstrakt Neurologie Psychiatrie

Befund und Diagnose einschließlich Feststellung über Art, Ausmaß und voraussichtliche Dauer von Funktionsstörungen infolge von Krankheit oder Behinderung (bitte nach Möglichkeit deutsche Bezeichnung)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Die Behinderung ist zurückzuführen auf:

- Schlaganfall am: Unfall am:
 Herzinfarkt am: nicht bekannt

Medikamente: Bitte aktuellen Plan beilegen

Gutachten

Der Untersuchte / die Untersuchte / ist nicht nur vorübergehend (als nicht nur vorübergehend i.S. des

§ 39 Abs. 1 Satz 1 BBHG ist ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten anzusehen; vgl. § 4 VO nach § 47 BBHG)

- | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> körperlich wesentlich behindert | <input type="checkbox"/> von geistiger Behinderung bedroht |
| <input type="checkbox"/> geistig wesentlich behindert | <input type="checkbox"/> von körperlicher Behinderung bedroht |
| <input type="checkbox"/> seelisch wesentlich behindert | <input type="checkbox"/> von seelischer Behinderung bedroht |
| <input type="checkbox"/> geisteskrank | <input type="checkbox"/> sonst. körperlich - geistig - seelisch – behin.- |
| <input type="checkbox"/> anfallskrank | |
| <input type="checkbox"/> Träger eines MRSA | <input type="checkbox"/> suchtkrank |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Träger einer meldepflichtigen Infektionskrankheit (z.B. Tbc) |

Ist der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim zweckmäßig?

(„Notwendig und zweckmäßig“ ist eine Heimaufnahme dann, wenn der / die Untersuchte aus in seiner / ihrer Person begründeten Umständen der Hilfe durch anderer bedarf, z.B. wegen Krankheit, Behinderung, Gefährdung, hohes Alter, Lebensuntüchtigkeit, Verwahrlosung oder Hilflosigkeit)

Ja

Nein

Nach Art und Schwere des Befundes, sowie den bestehenden sozialen Verhältnissen kann dem / der Untersuchten an Besten geholfen werden durch:

Tagespflege Kurzzeitpflege Altenheim Pflegeheim beschützende Stat.

Einzelzimmer erforderlich ?

Ja

Nein

Wenn ja, Begründung:

.....

.....

.....

Datum, Unterschrift

Stempel des Arztes

Hinweis:

Diese Daten werden bei uns elektronisch gespeichert und nur für dienstliche Zwecke verwendet.