



Die Rummelsberger

Altenhilfeverbund Starnberg  
Rummelsberger Stift Starnberg  
Waldschmidtstraße 16  
82319 Starnberg  
Tel. 08151/263-0 Fax. 08151/26315

## Ärztliche Beurteilung

anlässlich der Vormerkung zur Aufnahme in  
die vollstationäre Einrichtung

Rummelsberger Stift Söcking

Riedeselstraße 6

82319 Starnberg

Tel. 08151 777-0 Fax. 08151 777-333

Zutreffendes bitte  ankreuzen!

Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung an uns in verschlossenem Umschlag. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Abkürzungen:

da = dauernd, re = rechts, li = Links, zw = zeitweilig

### 1 Angaben zur Person:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### 2 Besondere Gegebenheiten, Krankheiten:

- |                                                                              |                                              |                                            |                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Es besteht Gehfähigkeit                             | <input type="checkbox"/> Dekubitus           | <input type="checkbox"/> Anus praeter      | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose                      |
| <input type="checkbox"/> Treppensteigen möglich                              | <input type="checkbox"/> Blaseninkontinenz   | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie                              |
| <input type="checkbox"/> Häufige Bettlägrigkeit                              | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter       | <input type="checkbox"/> Gicht             | <input type="checkbox"/> Lungen-Tbc                             |
| <input type="checkbox"/> Ständige Bettlägrigkeit                             | <input type="checkbox"/> Mastdarminkontinenz | <input type="checkbox"/> Parkinson         | <input type="checkbox"/> inaktiv <input type="checkbox"/> aktiv |
| <input type="checkbox"/> Haushalt kann nicht mehr selbständig geführt werden |                                              |                                            | <input type="checkbox"/> Dauerausscheider                       |

Allergie gegen:

Sonstige Erkrankung:

### 3 Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:

- |                                             |                                                   |                                      |                                                   |                               |                                                   |                                        |                                                   |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Lähmungen:</b>                           | <i>re</i> <i>li</i>                               | <b>Versteifungen:</b>                | <i>re</i> <i>li</i>                               | <b>Versteifungen:</b>         | <i>re</i> <i>li</i>                               | <b>Amputationen:</b>                   | <i>re</i> <i>li</i>                               |
| <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmg.   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Finger        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Beine              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Schulter    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fuß  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oberschenkel  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Arme               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ellenbogen  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>Amputationen:</b>          |                                                   | <input type="checkbox"/> Unterschenkel | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung |                                                   | <input type="checkbox"/> Hand/Finger | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Arm  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fuß           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                             |                                                   | <input type="checkbox"/> Hüfte       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hand | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zehen         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

### 4 Orientierungsvermögen und Verhalten:

- |                                                     |                                                   |                                            |                                                   |                                                |                                                   |                                       |                                                   |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Orientierung:</b>                                | <i>da</i> <i>zw</i>                               | <b>Verhalten:</b>                          | <i>da</i> <i>zw</i>                               | <b>Verhalten:</b>                              | <i>da</i> <i>zw</i>                               | <b>Gemütsstimmungen:</b>              | <i>da</i> <i>zw</i>                               |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung örtlich    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Neigung zum Weglaufen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> freundlich   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung zeitlich   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Demenz                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> willig       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nichterkennen von Personen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depressionen      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Suizidgefahr          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> verdrießlich | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                                                     |                                                   | <input type="checkbox"/> Halluzinationen   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                |                                                   |                                       |                                                   |

### 5 Behinderungen und Störungen:

- |                                                               |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung:                | <b>Sinnesbehinderung:</b>                                           |
| Art: _____                                                    | <input type="checkbox"/> Motorische Sprachstörung                   |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung: schwerhörig | <input type="checkbox"/> Sensorische Sprachstörung                  |
| Art: _____                                                    | <input type="checkbox"/> Eingeschränktes Sehvermögen                |
|                                                               | <input type="checkbox"/> erblindet <input type="checkbox"/> ertaubt |

(bitte beachten Sie auch die Rückseite)

**6 Suchtabhängigkeit:**  Alkohol  Medikamente hier:

**7 An Hilfsmitteln werden benützt:**

<input type="checkbox"/> Handstock	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Brille	Sonstige: _____
<input type="checkbox"/> Unterarmstützen	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Hörgerät	
<input type="checkbox"/> Gehgestell	<input type="checkbox"/> Prothesen		

**8 Letzte stationäre Behandlung:**

Allgemeinkrankenhaus  Psychiatrisches Krankenhaus, Psychiatr. Abteilung  \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

**9 Diagnosen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10 Medikamentenverordnung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11 Ernährung**

Normalkost  Zuckerdiät  Sondenernährung

**12 Fremde Hilfe wird benötigt bei:**

<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> Toilettengang	<input type="checkbox"/> Fahren im Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> An-, Auskleiden	<input type="checkbox"/> Gehen	
<input type="checkbox"/> Baden	<input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/> Treppensteigen	<input type="checkbox"/>

**13 Empfohlene stationäre Versorgung:**

im Rüstigenbereich  im Pflegebereich  im beschützenden (geschlossenen) Bereich

**14 Einstufung durch MDK der Pflegekasse:**

<input type="checkbox"/> Stufe 1	<input type="checkbox"/> Stufe 2	<input type="checkbox"/> Stufe 3	<input type="checkbox"/> Härtefall
<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Antrag wurde gestellt	<input type="checkbox"/> Antragstellung wird empfohlen	

**15 Ergänzende Anmerkungen:**  Anlage

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**16 Nachweis gemäß § 48a Abs. 2 Bundesseuchen-Gesetz:**  
 Bei der Patientin / dem Patienten liegt weder ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane noch eine andere ansteckende Krankheit vor.

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_