



Ärztliche Beurteilung

Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Abkürzungen: re=rechts, li=links, da=dauernd, zw=zeitweilig

1. **Persönliche Angaben:**

Vor- u. Zuname: Geb.-Datum:.....

Straße: PLZ: Ort:

2. **Besondere Gegebenheiten, Krankheiten:**

Es besteht Gehfähigkeit
Treppensteigen ist möglich

Häufige Bettlägerigkeit
Ständige Bettlägerigkeit

Dekubitus
Blaseninkontinenz

Dauerkatheter
Mastdarminkontinenz

Haushalt kann nicht mehr selbständig
geführt werden

Allergie gegen:

Sonstige Erkrankung:

Anus praeter
Diabetes mellitus
Gicht
Parkinson
Multiple Sklerose
Epilepsie
Dauerausscheider

3. **Lähmungen, Kontrakturen, Amputationen:**

Lähmungen: re li re li

Halbseitenlähmung Beine

Querschnittslähmung Arme

Kontrakturen/ Versteifungen: re li **Amputationen:** re li

Wirbelsäule Arm
Schulter Hand
Ellenbogen Finger
Hand/Finger Oberschenkel
Hüfte Unterschenkel
Knie Fuß
Fuß Zehen

4. **Orientierungsvermögen u. Verhalten:**
Orientierungsvermögen

da zw

Desorientiertheit örtl.
Desorientiertheit zeitl.
Nichterkennen von Personen

Verhalten

da zw

Motorische Unruhe
Depressionen
Halluzinationen
Nächtliche Unruhe
Neigung zu Weglauftendenzen

Gemütsstimmungen

da zw

freundlich
willig
verdrießlich
böartig

Demenz
selbstgefährdend
fremdgefährdend
Suizidgefahr

5. **Beeinträchtigungen der Sinne**

da zw

Motorische Sprachstörung
Sensorische Sprachstörung
Eingeschränktes Sehvermögen
Brillenträger

erblindet
schwerhörig
Hörgerät-Träger
ertaubt

6. **Abhängigkeiten**

Alkohol

Medikamente, hier:

andere Substanzen Sonstiges (z,B, Spielsucht)

7. **An Hilfsmitteln werden benutzt:**

Stock
Gehstützen
Orthopädische Schuhe
Prothesen
.....

Gehgestell
Rollstuhl
Brille
Hörgerät
.....

8. **Unterstützung bei:**

Essen
Waschen
Baden
Frisieren/Rasieren
An-/Auskleiden
Einnahme der Medikamente

Aufstehen/Zubettgehen
Benutzen der Toilette
Gehen
Treppensteigen
Fahren im Rollstuhl
.....

9. **Diagnosen:**
