

Ärztliche Beurteilung

für _____

Vor- und Zuname

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Zutreffendes bitte ankreuzen.**Das Formular bitte faxen an: 09531 / 94 92-20**

Abkürzungen: re. = rechts

li. = links

da. = dauernd

zw. = zeitweilig

1. Persönliche Angaben:

Straße_____
Postleitzahl/ Ort-----
Geburtsdatum

2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> es besteht Gehfähigkeit | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Anus praeter | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Blasen/Stuhl-Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Diabetis mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Allergie gegen: | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung: | <input type="checkbox"/> Dauerausscheider |
- Haushalt kann nicht mehr selbständig geführt werden

3. Lähmungen, Amputationen:

Lähmungen

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | re | li |
| <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Beine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Arme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Querschnittslähmung | | |

Amputationen

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| | re | li | | re | li |
| <input type="checkbox"/> Arm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oberschenkel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unterschenkel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Finger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fuß | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Zehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Orientierungsvermögen und Verhalten:

Orientierung

-
- ja
-
- nein

Verhalten

-
- Depressionen
-
- Demenz
-
- Weglaufneigung

5. Behinderungen und Störungen:

geistige Behinderung, Art:

körperliche Behinderung, Art:

Sinnesbehinderung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Sehvermögen eingeschränkt |
| <input type="checkbox"/> schwerhörig | <input type="checkbox"/> Brillenträger/in |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät-Träger/in | <input type="checkbox"/> erblindet |

