

Ärztliches Gutachten

1. Name, Vorname: _____

2. Diagnosen zum Zeitpunkt der Begutachtung (ICD 10)

3. Seit wann besteht die Erkrankung, Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit? _____

Bisheriger Verlauf? _____

Frühere Krankheiten? ja nein

Bemerkung: _____

Unfälle? ja nein

Bemerkung: _____

Suizidversuche? ja nein

Bemerkung: _____

Klinikaufenthalte: ja nein

Anzahl Entgiftungen & Therapieaufenthalte)

Frühere Aufenthalte in Heimen: ja nein

von - bis	Name der Einrichtung

4. Schilderung der derzeitigen Krankheitserscheinungen:

5. Gegenwärtiger körperlicher und psychischer Befund:

6. Liegen zusätzlich zur Grunderkrankung psychische Behinderungen vor?

Wenn ja, welcher Art? ja nein

7. Ist der Aufzunehmende frei von ansteckenden Krankheiten (Hepatitis, HIV usw.)? ja nein

8. Vorhandene lebenspraktische Kompetenzen:

Besorgungen im Haushalt ja nein

Bemerkung:

Selbständigkeit bei der Körperpflege ja nein

Bemerkung:

Selbständigkeit beim An- und Auskleiden ja nein

Bemerkung:

Selbständigkeit beim Essen ja nein

Bemerkung:

Selbständiger Toilettengang ja nein

Bemerkung:

Selbständigkeit beim Gehen, beim Treppensteigen ja nein

Bemerkung:

Orientierung (räumlich, zeitlich, personell) ja nein

Bemerkung:

vollständig auf fremde Hilfe angewiesen ja nein

Bemerkung:

Lesen und Schreiben ja nein

Bemerkung:

Umgang mit Geld

ja nein

Bemerkung:

Regelung persönlicher Angelegenheiten

ja nein

Bemerkung:

9. Vorhandene soziale Kompetenzen:

Kontaktaufnahmemöglichkeit

ja nein

Bemerkung:

Kommunikationsfähigkeit

ja nein

Bemerkung:

Stereotype Verhaltensweisen

ja nein

Bemerkung:

Aggressionsbewältigung

ja nein

Bemerkung:

10. Notwendige Behandlung/ Betreuung/ Fachpflegerische Maßnahmen:

Medikamente:

Insulinpflichtig:

ja nein

Diät:

ja nein

11. Epileptische Anfälle (Klassifikation und Häufigkeit):

12. Suchtmittelart:

Grad der Abhängigkeit (Jellinek-Typ.):

seit wann/ Häufigkeit/ Rhythmus/ Dosis:

erste Entzugssymptomatik (wann, wie):

Komplikationen: _____

Ist der Suchtmittelkonsum noch in kontrollierter Weise möglich?

Werden zusätzliche Suchtmittel eingenommen? ja nein
Bemerkung: _____

Verhalten unter Einfluß des Suchtmittels: _____

13. Besondere Bemerkungen:

Datum/Ort

Unterschrift/ Stempel des Arztes