

<b>GBW</b> <b>Gesellschaft für betreutes Wohnen mbH</b> <b>Betriebsstätte Pflegeheim Anklam</b> Lindenstr. 75 17389 Anklam	<b>Qualitäts-</b> <b>Handbuch</b>	<b>Geltungsbereich</b> <b>Pflege</b>
--	--------------------------------------	---

<b>D Grundlagen der pflegerischen Versorgung</b> <b>2. Bewohnerneuaufnahme</b> <b>2.2. Anmeldeunterlagen</b> <b>2.2.3. Ärztliches Gutachten</b>
--

<b>Ärztliches Gutachten (anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)</b>
<i>Name, Vorname:</i>
<i>Geburtsdatum:</i> <span style="margin-left: 150px;"><i>Geburtsort:</i></span>
<i>Anschrift:</i>
<b><u>Gründe für die Aufnahme in ein Pflegeheim:</u></b>
<b><u>Diagnosen:</u></b>
<b><u>Ansteckende Krankheiten:</u></b> <input type="checkbox"/> <i>leidet an einer ansteckenden Krankheit</i> <input type="checkbox"/> <i>leidet an folgender ansteckender Krankheit (MRSA / TBC / ESBL / VRE)</i>
<b><u>Suchterkrankungen:</u></b> <input type="checkbox"/> <i>leidet nicht an einer Suchterkrankung</i> <input type="checkbox"/> <i>leidet an einer Suchterkrankung Welcher Art: .....</i>
<b><u>Impfungen:</u></b> <input type="checkbox"/> <i>letzte Tetanusimpfung Wann erhalten? .....</i> <input type="checkbox"/> <i>letzte Pneumokokkenimpfung Wann erhalten? .....</i> <input type="checkbox"/> <i>sonstige Impfungen: .....</i>
<b><u>Angaben zur Pflegebedürftigkeit:</u></b> <b><u>I. Kommunikation</u></b> <input type="checkbox"/> <i>wach/ansprechbar</i> <input type="checkbox"/> <i>desorientiert</i> <input type="checkbox"/> <i>dement</i> <input type="checkbox"/> <i>apal-</i> <i>lisch</i>

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
PDL	PDL	3	21.11.2014	1 von 3



<b>GBW</b> <b>Gesellschaft für betreutes Wohnen mbH</b> <b>Betriebsstätte Pflegeheim Anklam</b> <b>Lindenstr. 75</b> <b>17389 Anklam</b>	<b>Qualitäts-</b> <b>Handbuch</b>	<b>Geltungsbereich</b> <b>Pflege</b>
--	--------------------------------------	---

**7. Essen und Trinken**

- selbständig*   
 *Anleit./Beaufsichtig.*   
 *Teilübern.*   
 *vollst. Übern.*  
 *enteral*            *welche Nahrung:* .....  
 *parenteral*        *welche Nahrung:* .....  
 *Besonderheiten/Diäten:* .....

**8. Orientierung**

- ist zeitlich orientiert*             *immer*                     *zeitweise*                     *nie*  
*ist örtliche orientiert*             *immer*                     *zeitweise*                     *nie*  
*ist zu einer Person orientier*  *immer*                     *zeitweise*                     *nie*  
 *Besonderheiten:* .....

**Medikamente**

*Art / Dosierung:*

*Datum:*

*Stempel und Unterschrift des Arztes*

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
PDL	PDL	3	21.11.2014	3 von 3