

Befundbericht: Wohnen und Pflege

Ist bitte von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt leserlich auszufüllen.

1. Persönliche Daten der Kundin/des Kunden

Name und Geburtsdatum der Kundin/des Kunden

▼ Familienname ▼ Vorname

▼ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

2. Befund

Geistiger Zustand

orientiert

desorientiert: zeitweise dauernd Tag Nacht zeitlich örtlich persönlich situativ

Körperlicher Zustand

▼ Allgemeinzustand ▼ Ernährungszustand

Mobilität

gehfähig teilweise gehfähig bettlägerig

Die Kundin/der Kunde verwendet ...

▼ Rollstuhl ▼ E-Rollstuhl
 ständig zeitweise Ja Nein

▼ 2 Krücken ▼ 1 Krücke/Stock
 ständig zeitweise ständig zeitweise

▼ Orthesen ▼ Prothesen
 ständig zeitweise ständig zeitweise

▼ Rollator
 ständig zeitweise

Für die Kundin/den Kunden ist ...

▼ Treppensteigen unmöglich ▼ Aufstehen unmöglich ▼ Begleitung nötig
 ständig zeitweise ständig zeitweise ständig zeitweise

Organischer Zustand

▼ Herz-Kreislauf

▼ Nervensystem

▼ Atmungsorgane

▼ Verdauungsorgane

▼ Ausscheidung

▼ Stuhl

▼ Harn

kontinent

inkontinent

kontinent

inkontinent

Angeborene oder erworbene Gebrechen

Gehörlosigkeit

Stummheit

Blindheit

▼ sonstige:

Infektionskrankheiten (Leidet die Kundin/der Kunde zurzeit an Infektionskrankheiten oder hat sie/er Infektionskrankheiten durchgemacht?)

Infektionskrankheiten

▼(z. B. Hepatitis C, HIV positiv)

Ist die Kundin/der Kunde

▼derzeit KeimträgerIn? (z. B. MRSA)

Besteht noch

▼Ansteckungsgefahr?

Ja

Nein

Begründung der Antragstellung auf Förderung für Wohnen und Pflege

dauernde Medikation
erforderlich

dauernde ärztliche
Anwesenheit erforderlich

keine ausreichende mobile
Pflege und Betreuung gewährleistet

keine ausreichende ärztliche
Betreuung zu Hause möglich

▼ Begründung für den Bedarf der dauernden ärztlichen Anwesenheit:

Remobilisationsbedarf
und -potential vorhanden

▼ Begründung für den Bedarf an der Leistung Remobilisation:

Bisherige Behandlungen

▼ Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt?

Diagnose

Bitte führen Sie hier die aktuelle(n) Diagnose(n) der Kundin/des Kunden an und legen Sie die wesentlichen Befunde des letzten halben Jahres

▼ zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit der Kundin/des Kunden in Kopie bei.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

▼ Datum

▼ Unterschrift und Stempel **der Ärztin/des Arztes**