

Blomberg Klinik GmbH  
Remseder Str. 3  
49196 Bad Laer  
Tel. 05424-294-0  
Fax. 05424-294-444  
E-Mail: info@blombergklinik.de



Blomberg Klinik

Eingang am:

## Ärztliche Stellungnahme

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen **X**, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

**Wird aus ärztlicher Sicht Heimbedürftigkeit bescheinigt:**  ja  nein

**Pflegegrad (wenn bekannt):**  1  2  3  4  5

**1. Vor- und Zuname**

\_\_\_\_\_

**2. Geburtsdatum**

\_\_\_\_\_

**3. Anschrift**

\_\_\_\_\_

**4. Größe/Gewicht**

cm

kg

**5. Ist Patient/in gehfähig?**

ja  nein

**6. Treppensteigen möglich?**

ja  nein

**7. Ist Patient/in bettlägerig?**

ja  nein

**8. Inkontinent**

ja  nein  
 Harn  Stuhl

**9. Braucht Unterstützung bei**

Essen/Trinken  Körperpflege  Ankleiden/auskleiden  
 Gehen  Aufstehen aus dem Bett  Ein-/Durchschlafen  
 Aufsuchen und/oder Benutzen der Toilette

Sonstiges/Bemerkung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Bewusstseinslage:**

wach  ansprechbar  somnolent  komatös

**11. Schlaf:**

ungestört  Schlafst.  nächtl. Unruhe

**12. Hilfsmittel:**

Gehstock  Rollator  Rollstuhl  Toilettenstuhl  
 Unterarmgehstütze

Sonstiges

\_\_\_\_\_

**13. Ernährung:** Kostform:  normal  Schonkost  Diät

Nahrungsaufnahme:  oral  Sonde

**14. Zeitlich orientiert?**

ja  nicht immer  nein

**15. Örtlich orientiert?**

ja  nicht immer  nein

**16. Situativ orientiert?**

ja  nicht immer  nein

**17. Persönlich orientiert?**

ja  nicht immer  nein

**18. Weglauftendenz?**

ja  nicht immer  nein

**19. Fremd-Eigengefährdung?**

ja  nicht immer  nein

**20. Suchtkrankheit?**

nein

ja, welche?

\_\_\_\_\_

**21. Körperliche Einschränkung(en)?**

nein

**22. Geistig/seelische Störungen?**

ja, Art der Einschränkung? \_\_\_\_\_

nein

ja, Art der Störung? \_\_\_\_\_

**23. Diagnose(n):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**24. Allergien:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**25. Ansteckende Krankheiten:**

nein

ja, Art? \_\_\_\_\_

(auch Tbc gem. §36 abs.4 (IfSG)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**26. Medikation:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**27. Spezielle Aspekte/ PflegemaßnahmenWunden**

Wundart z.B. Dekubitus, Ulcus etc.

nein

ja

Lokalisation:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

bisherige Wundauflage:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**28. bisherige Therapie/Sonstiges:**

Krankengymnastik

Ergotherapie

Logopädie

Herzschrittmacher

letzte Kontrolle am:

\_\_\_\_\_

**29. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

bei pflegerelevanten Angaben mitgewirkt:

(Stempel und Unterschrift des Arztes)

(Angabe Bezugsverhältnis)