

# **Beurteilungsformular zum Antrag auf Heimunterbringung**

## **Angaben zum Hilfebedürftigen**

Zuname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

## **Beurteilung durch den Amtsarzt:**

Vorgeschichte:

Befund:

Hilfsbefunde:

# UNTERSUCHUNGSBEFUND - FUNKTIONSTÖRUNGEN

1. Einzelbeweglichkeit OE re	2. Einzelbeweglichkeit OE li	3. Einzelbeweglichkeit UE re
<input type="checkbox"/> keine Behinderung	<input type="checkbox"/> keine Behinderung	<input type="checkbox"/> keine Behinderung
<input type="checkbox"/> gestörte Feinmotorik inkl. Sensorik	<input type="checkbox"/> gestörte Feinmotorik inkl. Sensorik	<input type="checkbox"/> gestörte Feinmotorik inkl. Sensorik
<input type="checkbox"/> Teilfunktion	<input type="checkbox"/> Teilfunktion	<input type="checkbox"/> Teilfunktion
<input type="checkbox"/> Massenbewegungen	<input type="checkbox"/> Massenbewegungen	<input type="checkbox"/> Massenbewegungen
<input type="checkbox"/> Unbeweglichkeit	<input type="checkbox"/> Unbeweglichkeit	<input type="checkbox"/> Unbeweglichkeit

4. Einzelbeweglichkeit UE li	5. Nahrungsaufnahme	6. Ausscheidungsfunktionen
<input type="checkbox"/> keine Behinderung	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> ungestört
<input type="checkbox"/> gestörte Feinmotorik inkl. Sensorik	<input type="checkbox"/> isst selbst	<input type="checkbox"/> leicht behindert (Prost.), jedoch alleine möglich
<input type="checkbox"/> Teilfunktion	<input type="checkbox"/> muss gefüttert werden	<input type="checkbox"/> Flasche / Schüssel / Leibstuhl; Fremdhilfe nötig, kontrolliert
<input type="checkbox"/> Massenbewegungen	<input type="checkbox"/> mit Breinahrung gefüttert	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz, Dauerkatheter, Teilkontrolle
<input type="checkbox"/> Unbeweglichkeit	<input type="checkbox"/> künstliche Ernährung, Sonde etc.	<input type="checkbox"/> Stuhl- u. Harninkontinenz, Kontrollverlust

7. Störung von Intellekt, Antrieb und geistiger Leistung	8. Sinnesfunktion Sehen	9. Globalbeweglichkeit
<input type="checkbox"/> unbeeinträchtigt	<input type="checkbox"/> keine Störung	<input type="checkbox"/> selbständige Fortbewegung ohne Hilfe und Krücken
<input type="checkbox"/> min. Ausfälle, herabgesetzte Kritikfähigkeit	<input type="checkbox"/> sehbehinderter Brillenträger, wirtschaftlich verwertbarer Sehrest	<input type="checkbox"/> Fortbewegung ohne Personenhilfe
<input type="checkbox"/> fassbare Ausfälle einzelner Funktionen (Gedächtnis)	<input type="checkbox"/> sehbehindert, wirtschaftlich nicht verwertbarer Sehrest	<input type="checkbox"/> Betrand, Lehnstuhl (Sitzen)
<input type="checkbox"/> im Gespräch erkennbare globale Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> kann sich aufgrund der Sehbeh. in nicht vertrauter Umgebung allein nicht zurechtfinden	<input type="checkbox"/> bettlägrig
<input type="checkbox"/> deutliche Demenz mit völligem Selbstständigkeitsverlust	<input type="checkbox"/> völliger Visusverlust	<input type="checkbox"/> bewegungsunfähig

10. Sonstige wesentliche Feststellungen z. B. Erschweris der Pflege durch		
<input type="checkbox"/> praktische Taubheit / Taubheit	<input type="checkbox"/> Süchtigkeiten	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten
<input type="checkbox"/> häufige Anfälle (mehr als einmal täglich)	<input type="checkbox"/> höhergradige Störung des sozialen Umfeldes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> schwere Schmerzzustände	<input type="checkbox"/> schwere, therapieresistente cardio-pulmonale Dekompensation	<input type="checkbox"/>

## Der Antragsteller bedarf ständiger Betreuungsmaßnahmen:

	Mindestwert	Festgest.Wert tgl/mtl.in Std.
<input type="checkbox"/> bei der täglichen Körperpflege	2 x 25 Min. tgl	_____ / _____
<input type="checkbox"/> bei der Zubereitung von Mahlzeiten	1 Stunde tgl.	_____ / _____
<input type="checkbox"/> bei der Einnahme von Mahlzeiten	1 Stunde tgl.	_____ / _____
<input type="checkbox"/> bei der Verrichtung der Notdurft	4 x 15 Min. tgl.	_____ / _____

Überschreitet der tatsächliche Betreuungsaufwand den Mindestwert erheblich, ist ein höherer Wert zulässig.

	Richtwert	
<input type="checkbox"/> beim An- und Auskleiden	2 x 20 Min. tgl.	_____ / _____
<input type="checkbox"/> bei der Reinigung im Falle von Inkontinenz	4 x 10 Min. tgl.	_____ / _____
<input type="checkbox"/> bei der Anus praeter-Pflege	15 Min. tgl.	_____ / _____
<input type="checkbox"/> bei der Kanülen-Pflege	10 Min. tgl.	_____ / _____
<input type="checkbox"/> bei der Katheter-Pflege	10 Min. tgl.	_____ / _____
<input type="checkbox"/> bei der Verrichtung von Einläufen	30 Min. tgl.	_____ / _____
<input type="checkbox"/> bei der Mobilitätshilfe im engeren Sinn		_____ / _____
<input type="checkbox"/> sonstige		_____ / _____

## Medikation:

Kann aus medizinischer Sicht die Betreuung des Antragstellers auch im Rahmen der Hauskrankenpflege erfolgen: ☐ ja ☐ nein

## Begründung:

## **Beurteilung durch den Sozialarbeiter:**

Soziales- bzw. familiäres Umfeld (Anwesenheiten Angehöriger oder Nachbarn, Einbindung in die Gemeinschaft etc.):

### **Der Antragsteller bedarf ständiger Hilfe bei der:**

**Fixwert  
(Stunden pro Monat)**

- |   |    |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> Herbeischaffung von Nahrungsmitteln und Medikamenten                         | 10 |
| <input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände              | 10 |
| <input type="checkbox"/> Pflege der Leib- und Bettwäsche  | 10 |
| <input type="checkbox"/> Beheizung des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial | 10 |
| <input type="checkbox"/> Mobilitätshilfe im weiteren Sinn   | 10 |

Kann aus sozialarbeiterischer Sicht die Betreuung des Antragstellers auch im Rahmen der Hauskrankenpflege erfolgen: ☐ ja ☐ nein

### **Begründung:**

### **Durch den Sachbearbeiter auszufüllen:**

Unterbringungsnotwendigkeit:	Amtsarzt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
monatliche Kosten der Heimunterbringung	€		
monatliche Kosten der Hauskrankenpflege	€		

Zu setzende Maßnahme: