

Beurteilungsformular zum Antrag auf Heimunterbringung

Angaben zum Hilfebedürftigen

Zuname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

Beurteilung durch den Amtsarzt:

Vorgeschichte:

Befund:

Hilfsbefunde:

UNTERSUCHUNGSBEFUND - FUNKTIONSSTÖRUNGEN

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"/> Teifunktion	<input type="checkbox"/> Teifunktion	<input type="checkbox"/> Teifunktion
<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"/> Teifunktion	<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"/> Bettrand, Lehnsessel (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"/> bettläufig
<input type="checkbox"/> deutliche Demenz mit völligem Selbständigkeitssverlust	<input type="checkbox"/> völliger Visusverlust	<input type="checkbox"/> bewegungsunfähig

10. Sonstige wesentliche Feststellungen z. B. Erschwernis 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

ja

nein

ja

nein

monatliche Kosten der Heimunterbringung

€

monatliche Kosten der Hauskrankenpflege

€

Zu setzende Maßnahme: