

Gutachten der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste zu Anfragen der Aufnahme in die stationäre Langzeitpflege

Frau / Herr

Zuname: Vorname:

Geburtsdatum: Vers. Nr.:

Postleitzahl, Ort, Straße, Nr.:

.....

Anfordernde Stelle:

.....

Name und Adresse der betreuenden Institution:

.....

Gutachten erhoben durch:

Funktion, Name, Telefonnummer:

.....

PG-Stufe: Erhöhung PG angesucht: ja am: nein

Pflege- und Betreuungsdiagnosen (z.B. frei formulierbare Diagnosen):

.....
.....
.....
.....
.....

1. Lebt die/der Kundin alleine?

ja nein

2. Notruftelefon vorhanden?

ja nein

2. Notweniger Betreuungsbedarf (Haushalt, Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, ...) und **Umfang** der zu erbringenden Leistung in Stunden pro Woche:

.....

.....
.....

3. Notwendiger Pflegebedarf (Verbandwechsel, PEG-Sonde, Injektionen, kompl. Übernahme der Körperpflege / Inkontinenzversorgung / Mobilisation...) und **Umfang** der zu erbringenden Leistung in Stunden pro Woche.

.....
.....
.....

4. Sind sonstige Personen (Angehörigen Nachbarn etc.) bereit bzw. in der Lage bei der Pflege/Betreuung mitzuhelfen?

ja nein eingeschränkt keine Angehörigen vorhanden

Wenn nein oder eingeschränkt – warum?

.....
.....
.....

5. Kann die notwendige Pflege/Betreuung des/der Kundin durch die mobilen Dienste und die sonstigen Betreuungspersonen (Angehörigen, Nachbarn, etc.) vollständig abgedeckt werden?

ja nein eingeschränkt

Wenn nein oder eingeschränkt – warum?

.....
.....

6. Ist eine Aufnahme in eine stationäre Langzeitpflege unbedingt erforderlich?

ja nein

Begründung:

7. Wenn ja, wann sollte eine Aufnahme in eine stationäre Langzeitpflege erfolgen?

sofort innerhalb 1 Woche innerhalb 1 Monats innerhalb 6 Monate

Ort, Datum

Unterschrift der Gutachterin (DGKP)