Beurteilungsformular zum Antrag auf Heimunterbringung

**Angaben zur hilfebedürftigen Person**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zuname: |  | | Vorname: |  | Geburtsdatum: |  |
| Wohnanschrift: | |  | | | | |

**Beurteilung durch die Amtsärztin oder den Amtsarzt**

Vorgeschichte:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Befund:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Hilfsbefunde:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

#### UNTERSUCHUNGSBEFUND - FUNKTIONSSTÖRUNGEN

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Einzelbeweglichkeit OE re** | | **2. Einzelbeweglichkeit OE li** | | **3. Einzelbeweglichkeit UE re** | | |
|  | keine Behinderung |  | keine Behinderung |  | keine Behinderung | |
|  | gestörte Feinmotorik inkl. Sensorik |  | gestörte Feinmotorik inkl. Sensorik |  | gestörte Feinmotorik inkl. Sensorik | |
|  | Teilfunktion |  | Teilfunktion |  | Teilfunktion | |
|  | Massenbewegungen |  | Massenbewegungen |  | Massenbewegungen | |
|  | Unbeweglichkeit |  | Unbeweglichkeit |  | Unbeweglichkeit | |
|  | | | | | | |
| **4. Einzelbeweglichkeit UE li** | | **5. Nahrungsaufnahme** | | **6. Ausscheidungsfunktionen** | | |
|  | keine Behinderung |  | ungestört |  | ungestört | |
|  | gestörte Feinmotorik inkl. Sensorik |  | isst selbst |  | leicht behindert (Prost.),  jedoch alleine möglich | |
|  | Teilfunktion |  | muss gefüttert werden |  | Flasche / Schüssel / Leibstuhl;  Fremdhilfe nötig, kontrolliert | |
|  | Massenbewegungen |  | mit Breinahrung gefüttert |  | Harninkontinenz, Dauerkatheter, Teilkontrolle | |
|  | Unbeweglichkeit |  | künstliche Ernährung, Sonde etc. |  | Stuhl- u. Harninkontinenz, Kontrollverlust | |
|  | | | | | | |
| **7. Störung von Intellekt,   Antrieb und geistiger Leistung** | | **8. Sinnesfunktion Sehen** | | **9. Globalbeweglichkeit** | | |
|  | unbeeinträchtigt |  | keine Störung |  | selbständige Fortbewegung ohne Hilfe und Krücken | |
|  | min. Ausfälle, herabgesetzte Kritikfähigkeit |  | sehbehinderter Brillenträger, wirtschaftlich verwertbarer Sehrest |  | Fortbewegung ohne Personenhilfe | |
|  | fassbare Ausfälle einzelner Funktionen (Gedächtnis) |  | sehbehindert, wirtschaftlich nicht verwertbarer Sehrest |  | Bettrand, Lehnsessel (Sitzen) | |
|  | im Gespräch erkennbare globale Beeinträchtigung |  | kann sich aufgrund der Sehbeh. in nicht vertrauter Umgebung allein nicht zurechtfinden |  | bettlägrig | |
|  | deutliche Demenz mit völligem Selbständigkeitsverlust |  | völliger Visusverlust |  | bewegungsunfähig | |
|  | | | | | | |
| **10. Sonstige wesentliche Feststellungen z. B. Erschwernis der Pflege durch** | | | | | | |
|  | praktische Taubheit / Taubheit |  | Süchtigkeiten |  | Infektionskrankheiten | |
|  | häufige Anfälle (mehr als einmal täglich) |  | höhergradige Störung des sozialen Umfeldes |  |  |  |
|  | schwere Schmerzzustände |  | schwere, therapieresistente cardio-pulmonale Dekompensation |  |  |  |
|  | |

**Die Antrag stellende Person bedarf ständiger Betreuungsmaßnahmen**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Mindestwert | | **Festgest.Wert**  **tgl / mtl. in Stunden** | | |
|  | bei der täglichen Körperpflege | 2 x 25 Min. tgl |  |  | / |  |
|  | bei der Zubereitung von Mahlzeiten | 1 Stunde tgl. |  |  | / |  |
|  | bei der Einnahme von Mahlzeiten | 1 Stunde tgl. |  |  | / |  |
|  | bei der Verrichtung der Notdurft | 4 x 15 Min. tgl. |  |  | / |  |
|  |  | | | | | |
| Überschreitet der tatsächliche Betreuungsaufwand den Mindestwert erheblich, ist ein höherer Wert zulässig. | | | | | | |
|  |  | Richtwert | |  | | |
|  | beim An- und Auskleiden | 2 x 20 Min. tgl. |  |  | / |  |
|  | bei der Reinigung im Falle von Inkontinenz | 4 x 10 Min. tgl. |  |  | / |  |
|  | bei der Anus praeter-Pflege | 15 Min. tgl. |  |  | / |  |
|  | bei der Kanülen-Pflege | 10 Min. tgl. |  |  | / |  |
|  | bei der Katheter-Pflege | 10 Min. tgl. |  |  | / |  |
|  | bei der Verrichtung von Einläufen | 30 Min. tgl. |  |  | / |  |
|  | bei der Mobilitätshilfe im engeren Sinn |  |  |  | / |  |
|  | sonstige |  |  |  | / |  |

**Medikation:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Kann aus medizinischer Sicht die Betreuung der Antrag stellenden Person auch im Rahmen der Hauskranken­pflege erfolgen:  ja  nein

**Begründung:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Beurteilung durch die Sozialarbeiterin oder den Sozialarbeiter**

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

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Die Antrag stellende Person bedarf ständiger Hilfe bei der | | **Fixwert**  **(Stunden pro Monat)** |
|  | Herbeischaffung von Nahrungsmitteln und Medikamenten | 10 |
|  | Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände | 10 |
|  | Pflege der Leib- und Bettwäsche | 10 |
|  | Beheizung des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial | 10 |
|  | Mobilitätshilfe im weiteren Sinn | 10 |

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

**Begründung:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Durch die Sachbearbeiterin od. den Sachbearbeiter auszufüllen:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unterbringungsnotwendigkeit: |  | Amtsärztin /Amtsarzt | | | ja  nein |
|  |  | Sozialarbeiter/in | | ja  nein | |
| monatliche Kosten der Heimunterbringung | € |  |  |  | |
| monatliche Kosten der Hauskrankenpflege | € |  |  |  | |
| Zu setzende Maßnahme: |  |  | |  | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |