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: |  |  |  |
|       |
|       |