

## 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 mitzuhelpfen?**

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)