

Angaben zum Allgemeinzustand:

Orientierung:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| zeitlich | örtlich | zur Person |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> ja |
| <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> nicht immer | <input type="radio"/> nicht immer | <input type="radio"/> nicht immer |
| Weglauff Tendenz | Nächtliche Desorientiertheit | |
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> ja | |
| <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nein | |

Besteht eine freiheitsbeschränkende Maßnahme (im Sinne des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG): ja nein

.....

Liegt eine ernstliche und erhebliche Eigen-/Fremdgefährdung vor? ja nein
 Gefährdungspotenzial beschreiben (Prognose zu gegenwärtigem Zustandsbild und Entwicklung)

.....

Sonstiges	
Antikoagulation	Hepatitis
Diabetes melitus insulinpflichtig <input type="radio"/>	Andere bekannte infektiöse Erkrankungen: Welche?
Harninkontinenz Dauerkatheter <input type="radio"/>	Allergien: Welche?
Stuhlinkontinenz Stoma <input type="radio"/>	
Implantat	
Suchtkrankheiten Alkohol <input type="radio"/> Medikamente <input type="radio"/> Nikotin <input type="radio"/>	Mobilität gehend <input type="radio"/> gehend mit Hilfsmittel <input type="radio"/> bettlägerig <input type="radio"/>

**Gründe der Heimunterbringung
aus ärztlicher Sicht:**

Unterschriftsleistung des Antragstellers/der Antragstellerin ist **nicht möglich**, weil:

 Ort, Datum

 Stempel und Unterschrift des Arztes