



## Gutachten der SSMD NÖ 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

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

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

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

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

**5. 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?

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

**6. 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?

.....  
.....

**7. Ist eine Aufnahme in eine stationäre Langzeitpflege unbedingt erforderlich?**

ja                       nein

Begründung: .....

.....

**8. 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)