

Ärztliches Zeugnis

für die Anmeldung zur Heimaufnahme / Tagespflege

Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Familienname, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____

Marcumar-Patient	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Chronischer Schmerzpatient	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ungehaltenheitstendenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Vorhandene Wunden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Dekubitusgefahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gefahr der Mangelernährung / mangelernährt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Demenzerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____		
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Inkontinenzprofil _____		
Sturzgefahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, letzter Sturz _____		

Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____
Häufig oder ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____
Kommunikation möglich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____
Fremder Hilfe bedürftig? *	<input type="checkbox"/> bei der Grundpflege _____
	<input type="checkbox"/> bei der Nahrungsaufnahme _____
	<input type="checkbox"/> beim Toilettengang _____
	<input type="checkbox"/> bei der Mobilität _____
	<input type="checkbox"/> Tagesstruktur _____

* Weitere Anmerkungen _____

Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
Situativ orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
Persönlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer

Nachts ruhig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Gemütsstimmung	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
Besonderheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	_____
Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	_____
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	_____
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	_____
Körperliche Behinderungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	_____
Körpergewicht	_____ kg	Körpergröße	_____ cm

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC) gemäß § 35 IfSG? _____

Benötigt der Patient besondere Kostformen? Welche? _____

Bisherige Therapie (Ergo, Logo, KG) / Medikation (bitte Medikamentenplan beifügen) _____

Diagnosen oder/und Wunden (bitte Diagnosenliste beifügen) _____

Feststellung des Pflegegrades PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5
 Einstufung hat noch nicht stattgefunden

Bleibt die ärztliche Betreuung und Versorgung im Altenheim durch den unterzeichnenden Arzt weiter bestehen? nein
Wenn nein, bitte frühere Arztberichte / Fremdbefunde abgeben. ja, regelmäßiger Besuch
 bei Bedarf

Neuer Hausarzt soll sein _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____