

Ärztliches Zeugnis

für die Anmeldung zur Heimaufnahme / Tagespflege

Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Familienname, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____

Antikoagulanzen	☐ nein ☐ ja	Insulinpflichtig	☐ nein ☐ ja
Weglauftendenz	☐ nein ☐ ja	Hinlauftendenz	☐ nein ☐ ja
Chronischer Schmerzpatient	☐ nein ☐ ja	Ungehaltenheitstendenz	☐ nein ☐ ja
Vorhandene Wunden	☐ nein ☐ ja	Dekubitusgefahr	☐ nein ☐ ja
Gefahr der Mangelernährung / mangelernährt	☐ nein ☐ ja		
Demenzerkrankung	☐ nein ☐ ja, welche _____		
Inkontinenz	☐ nein ☐ ja, Inkontinenzprofil _____		
Sturzgefahr	☐ nein ☐ ja, letzter Sturz _____		

Ist der Patient gehfähig?	☐ nein ☐ ja, _____
Häufig oder ständig bettlägerig?	☐ nein ☐ ja, _____
Kommunikation möglich?	☐ nein ☐ ja, welche _____
Fremder Hilfe bedürftig? *	☐ bei der Grundpflege _____ ☐ bei der Nahrungsaufnahme _____ ☐ beim Toilettengang _____ ☐ bei der Mobilität _____ ☐ Tagesstruktur _____

* Weitere Anmerkungen

Örtlich orientiert	☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
Situativ orientiert	☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
Zeitlich orientiert	☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
Persönlich orientiert	☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
Nachts ruhig	☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer

Gemütsstimmung	☐ willig	☐ freundlich	☐ verdrießlich
Besonderheiten	☐ nein	☐ ja, _____	
Suchtkrankheiten	☐ nein	☐ ja, _____	
Hilfsmittel	☐ nein	☐ ja, _____	
Allergien	☐ nein	☐ ja, _____	
Körperliche Behinderungen	☐ nein	☐ ja, _____	
Sauerstoffversorgung	☐ nein	☐ ja, Gerätehersteller _____	
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 _____