



Ärztliches Zeugnis

(Anlage zur Anmeldung für einen Pflegeheimplatz)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Kranken-/Pflegekasse: _____

Diagnosen: _____

Ansteckende Krankheiten (z.B.: Tbc, MRSA, Hepatitis): _____

Allergien: _____ Dekubitus: _____

Ärztliche Verordnungen (z.B. Wundbehandlung, Physiotherapie, Injektionen): _____

Ernährungs- und Kräftezustand: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Diät: nein ja, welche: _____

Orientierung:	zeitlich	örtlich	zur Person	zur Situation
immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psych. Verfassung: ♦Verbale Kommunikation möglich? nein ja ♦Weglauftendenz? nein ja
 ♦Sucht/suchtgefährdet? nein ja welche: _____
 ♦Gemütslage: unruhig sonstige: _____

Mobilität: ♦Hilfe beim: Gehen Treppensteigen Hinsetzen Hinlegen Aufstehen
 ♦Bettlägerig: nein ja, Hilfsmittel: _____

Körperpflege: ♦Hilfe beim: Waschen An- und Auskleiden Zahnpflege Kämmen Rasieren

Ausscheidung: ♦Hilfe beim: Toilettengang nein ja
 harninkontinent stuhlinkontinent Dauerkatheter Anus praeter

Nahrungsaufnahme: ♦Essen/Trinken selbständig: nein ja eingeschränkt ♦ PEG-Sonde

Bemerkungen: _____

Datum

Unterschrift Arzt/ Ärztin

(Arztstempel)