

Ärztliches Zeugnis

Zur Aufnahme im Pflegeheim

Kurzzeitpflege

Tagespflege

Zuname, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Krankenkasse	
1. Diagnosen (auch Angaben über evtl. ansteckende Krankheiten)	
Nach § 36 Abs.4 IfSG bestehen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose.	
2. Behandlungsbedürftigkeit (Ausmaß, Dauer)	
3. Geistig-psychischer Zustand	
<input type="checkbox"/> unauffällig	
<input type="checkbox"/> auffallend vergesslich	
<input type="checkbox"/> desorientiert (örtlich, zeitlich, zur Person)	
<input type="checkbox"/> psychisch krank	
<input type="checkbox"/> nicht ansprechbar	
<input type="checkbox"/> suchtgefährdet	
<input type="checkbox"/> motorisch unruhig	
<input type="checkbox"/> Gefahr des Weglaufens	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
4. Ernährungs- und Kräftezustand	
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____ Größe: _____ cm	
Diät erforderlich?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____ Gewicht: _____ kg	
5. Seh- und Hörfähigkeit	
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> blind <input type="checkbox"/> taub	
6. Bewegungsfähigkeit	
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt _____ <input type="checkbox"/> Lähmungen: _____	
<input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> Versteifungen: _____	
7. Pflegebedürftigkeit	
<input type="checkbox"/> ja, jedoch bei intensiver Rehabilitation voraussichtliche Besserung	
<input type="checkbox"/> ja, Hilfe erforderlich bei/ beim	
<input type="checkbox"/> An- und Ausziehen <input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Baden <input type="checkbox"/> Kämmen <input type="checkbox"/> Rasieren	
<input type="checkbox"/> Essen <input type="checkbox"/> Zerkleinern der Speisen <input type="checkbox"/> Aufstehen <input type="checkbox"/> Hinliegen	
<input type="checkbox"/> Hinsetzen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Verrichten der Notdurft	
<input type="checkbox"/> inkontinent (Urin/ Stuhl)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Für die Richtigkeit der Angaben
Datum

Anschrift u. Unterschrift des behandelnden Arztes
(Arztstempel)

Telefon