

Ärztliches Zeugnis

Zur Aufnahme im Pflegeheim Kurzzeitpflege Dauerpflege Tagespflege

Zuname, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	
Krankenkasse	
1. Diagnosen (ggf. Diagnosenblatt beifügen)	
Es bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose. (Nach § 36 Abs.4 IfSG)	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere ansteckende Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte ausführen)
Wunden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte ausführen)
2. Behandlungsbedürftigkeit (Ausmaß, Dauer)	
3. Kognition und Kommunikation	
Orientierung	<input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> situativ <input type="checkbox"/> zur Person
Seh-/Hörfähigkeit	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> blind <input type="checkbox"/> taub
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Hin-/Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Unruhezustände	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> am Tag <input type="checkbox"/> in der Nacht
Stimmungslage	<input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> manisch <input type="checkbox"/> herausforderndes Verhalten
4. Ernährungs- und Allgemeinzustand	
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sonstiges:	Größe:
Diät erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	Gewicht:
Allergien/Unverträglichkeiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	
5. Mobilität und Beweglichkeit	
<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel möglich <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel möglich	
<input type="checkbox"/> Paresen: <input type="checkbox"/> Kontrakturen: <input type="checkbox"/> immobil	
<input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise	
<input type="checkbox"/> sonstiges:	
6. Selbstversorgung und Pflegebedürftigkeit	
<input type="checkbox"/> ja, jedoch bei intensiver Rehabilitation voraussichtliche Besserung	
<input type="checkbox"/> ja, Hilfe erforderlich bei/beim:	
<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> inkl. mundgerechter Zubereitung	
<input type="checkbox"/> Umkleiden <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> Baden/Duschen	
<input type="checkbox"/> Aufstehen <input type="checkbox"/> Umsetzen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	
<input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Hilfe b. Toilettengang notwendig	
Covid-Impfung liegt vor <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ___ mal geimpft	Zuletzt am:

Für die Richtigkeit der Angaben
Datum:

Anschrift, Unterschrift u. Telefon des behandelnden Arztes
(Arztstempel)