

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur Heimaufnahme

(bitte zusammen mit dem Anmeldebogen einreichen)

Vor- und Zuname **Geburtsdatum**

Geburtsname

Wohnort und Strasse

Hauptdiagnosen

.....

Weitere Diagnosen und Symptome:

Psychische Erkrankung? nein ja, welche?

Suchtkrankheit? nein ja, welche?

Ansteckende Krankheit?
Besiedelung mit resistenten Keimen nein ja, welche?

Allergien? nein ja, welche?.....

Hörbehinderung? nein leichte schwere **Sehbehinderung?** nein leichte schwere

Sprachstörung? nein leichte schwere **Schluckstörung?** nein leichte schwere

Dekubitus nein ja, wo?

Kontrakturen? nein ja, wo?

Täglicher Hilfebedarf in Form der Beaufsichtigung oder Anleitung (**B/A**), der Unterstützung (**U**), teilweisen Übernahme (**TÜ**) oder vollständigen Übernahme (**VÜ**) bei der

Körperpflege	Kein	B/A	U	TÜ	VÜ		nein	zeitweise	dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen d. Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		nein	ja	
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katheterpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomapflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ernährung	kein	B/A	U	TÜ	VÜ	
Mundgerechte Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist eine besondere Ernährung erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Aufnahme der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonde	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?					
Mobilität	Kein	B/A	U	TÜ	VÜ	
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liegt Bettlägerigkeit vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ankleiden/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Werden Pflegehilfsmittel benötigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bereits vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verlassen des Hauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Orientierung	vorhanden	fehlt teilweise	fehlt dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauff Tendenz		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Freiheitsentziehende Maßnahmen? (gerichtlich genehmigt)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Ruhe/Schlaf	nein	zeitweise	dauernd
nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tags unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten
Die Aufnahme in ein Heim ist mit dem/der Patient/in besprochen. Der/die Patient/in ist
<input type="checkbox"/> einverstanden <input type="checkbox"/> nicht einverstanden <input type="checkbox"/> Verständigung nicht möglich
<input type="checkbox"/> Die Aufnahme in ein Pflegeheim wird aus ärztlicher Sicht befürwortet.

.....
Datum, Unterschrift des Arztes

.....
Praxisstempel