

## Ärztliche Bescheinigung vom Hausarzt / Krankenhaus zur Aufnahme in ein Pflegeheim

Zutreffendes Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

<b>Name, Vorname</b>	<b>geboren am</b>

<b>benötigte Hilfestellung in den Bereichen:</b>		gar nicht	gelegentlich oder geringfügig	ständig oder umfassend
<b>1. An- und Auskleiden</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Körperpflege</b>	Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frisieren / Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Ernährung</b>	mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufnahme der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Ausscheidung</b>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sauberhalten bei Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. An- und Ablegen von Hilfsmitteln (siehe Punkt 12 auf der Rückseite)</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Ausführen ärztlicher Verordnungen</b>	Einwirken auf die Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verabreichung von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Katheterisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Mobilität</b>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu-Bett-gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rollstuhlbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verlassen und Wiederaufsuchen der Pflegeeinrichtung (z. B. beim Arztbesuch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Motivation zur Erledigung Persönlicher Verrichtung des täglichen Lebens</b>	Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuspruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Ernährungsform</b>	Vollkost	<input type="checkbox"/>	Zuckerdiät	<input type="checkbox"/>
	Schonkost	<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>
	Sondenkost	<input type="checkbox"/>	BE	<input type="checkbox"/>
<b>10. Kommunikation</b>				

Kommunikation eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wie:		
<b>11. Orientierung</b>			Ja	Nein	Zeitweise
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur eigenen Person desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. weitere benötigte Hilfsmittel</b>					
<input type="checkbox"/> Brille zum Sehen	<input type="checkbox"/> Lesebrille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Hörgerät		
<input type="checkbox"/> Steckbecken	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Nachtstuhl	<input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze		
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Gehhilfe	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Gehwagen/Rollator		
<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Stützkorsett	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> künstlicher Darmausgang		
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/> sonstige:			
<b>13. Lagerungssituation</b>					
bettlägerig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> zeitweise		
Kontrakturen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wo:		
Hautschäden / Wunden / Dekubiti	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wo:		
Größe und Aussehen der Hautschäden / Wunden / Dekubiti					
<b>14. Besonderheiten</b>					
Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:		
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:		
Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wie:		
Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wie:		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nächster Kontrolltermin:		
neigt zum Zerstören	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
<b>15. ärztliches Zeugnis über ansteckende Krankheiten</b>					
Gibt es bei o.g. Person Hinweise auf ansteckende Krankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Gibt es Hinweise auf ansteckende Tuberkulose der Atmungsorgane (§36 Infektionsschutzgesetz – IFSG) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Gibt es Hinweise auf eine chronische Hepatitis B u. / o. C; Infektion bzw. Besiedlung mit MRSA (Multiresistenter Staphylokokkus aureus)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
<b>16. pflegebedürftige Diagnosen</b>					
Körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Art:		
Geistig-seelische Behinderung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Art:		
<b>17. aktuelle Medikation</b>					
<b>18. Patient ist frei von ansteckender Krankheit Einschl. TBC</b>					
			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

**Stempel !!!**

Vielen Dank für Ihre Angaben!