

# ÄRZTLICHES ZEUGNIS (vertraulich)

zur Aufnahme in

- Pflegeheim  Betreutes Wohnen  
 Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

## 1. Persönliche Angaben:

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Pflegegrad  0  1  2  3  4  5  Antrag gestellt  
 zusätzliche Betreuungsleistungen

## 2. Ärztliche Diagnosen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

## 3. Ansteckende Krankheit/Allergien: keine

ja, \_\_\_\_\_  
(bitte nennen)

## 4. Medikamente/Dosierung: aktueller Medikamentenplan liegt bei

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5. Bewegungsfähigkeit:

eingeschränkt durch

- normal  Rollstuhlfahrer/in  
 (Halbseiten)-Lähmung  bettlägerig  
 Amputation  
 Versteifung

Hilfsmittel/Prothesen

\_\_\_\_\_

## 6. Kommunikation/Orientierung/psychische Situation:

- |                           |   |  |  |   |
|---------------------------|---|--|--|---|
| Sehfähigkeit              | <input type="checkbox"/> normal                   | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |  |   |
| Hörfähigkeit              | <input type="checkbox"/> normal                   | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |  |   |
| Sprachfähigkeit           | <input type="checkbox"/> normal                   | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |  |   |
| örtlich orientiert        | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein          | <input type="checkbox"/> zeitweise     | <input type="checkbox"/> weglaufgefährdet |
| zeitlich orientiert       | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein          | <input type="checkbox"/> zeitweise     |   |
| nächtliche Unruhe         | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein          | <input type="checkbox"/> zeitweise     |   |
| zur Person orientiert     | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein          | <input type="checkbox"/> zeitweise     |   |
| Suchterkrankung           | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein          |  |   |
| Suizidgefährdung          | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein          |  |   |
| Verhaltensauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> depressive Grundstimmung |  | <input type="checkbox"/> Aggressivität |   |
|                           | <input type="checkbox"/> abwehrendes Verhalten    |  | <input type="checkbox"/> Schreien      |   |
|                           | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____         |  |  |   |

## 7. Unterstützung bei:

- |                 |                             |                                    |                               |
|-----------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Körperpflege    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Anleitung | <input type="checkbox"/> nein |
| An-/ Auskleiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Anleitung | <input type="checkbox"/> nein |
| Trinken         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Anleitung | <input type="checkbox"/> nein |
| Essen           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Anleitung | <input type="checkbox"/> nein |
| Toilettengang   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Anleitung | <input type="checkbox"/> nein |

## 8. Hat der Patient/die Patientin:

- |                |                               |                                |                               |                             |                               |
|----------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Inkontinenz:   | <input type="checkbox"/> Urin | <input type="checkbox"/> Stuhl | <input type="checkbox"/> nein |                             |                               |
| Dauerkatheter: | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein  | Anus praeter:                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| PEG:           | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein  | Magensonde:                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wunde:         | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein  |                               |                             |                               |

Wunde, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

## 9. Welche Behandlungs- und/oder Rehabilitationsmaßnahmen sollen eingeleitet oder weitergeführt werden (Gymnastik o. ä.)?

---

---

## 10. Bemerkungen des Arztes:

---

---

---

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes / Stempel