

Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme in einer stationären Altenpflegeeinrichtung

Für: _____ geboren am: _____

zur Zeit wohnhaft in: _____

A. Untersuchungsbefund:

1. Körperlicher Befund:

(z.B. Fähigkeiten der Arme und Beine, Sehfähigkeit usw.)

2. geistig-seelischer Befund:

(z.B. Orientierung, Gemütsverfassung, welche geistigen Behinderungen usw.)

3. Krankheitsbezeichnung (Diagnose):

4. Bisherige medikamentöse Behandlung:

B. Heimnotwendigkeit:

1. Ist die untersuchte Person infolge Krankheit, Leiden oder Behinderung so hilflos, dass sie nicht ohne Pflege bleiben kann?

Wenn ja, Hilfe ist erforderlich beim:

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| 1. Bettenmachen | ☐ | 4. An- und Auskleiden | ☐ | 7. Essen | ☐ |
| 2. Zimmer reinigen | ☐ | 5. Verrichten der Notdurft | ☐ | 8. Waschen | ☐ |
| 3. Stehen und Gehen | ☐ | 6. Aufstehen/hinlegen | ☐ | 9. Sitzen | ☐ |

oder / und sie der Bewahrung bedarf

ja ☐ nein ☐

wenn ja, Aufnahme ist erforderlich wegen: _____

2. Wäre die erforderliche Hilfe auch außerhalb der Einrichtung möglich und ausreichend so dass sie in der vertrauten Umgebung durchgeführt werden könnte?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche Hilfe bedarf sie?

Putzen	ja	☐	nein	☐
Zeitaufwand dafür durchschnittlich _____	Stunden			
Kochen, (z.B. auch „Essen auf Rädern“)	ja	☐	nein	☐
Sonstige Küchenarbeiten	ja	☐	nein	☐
Besorgungen	ja	☐	nein	☐
Erledigung von Schreibaarbeiten	ja	☐	nein	☐
Wäsche waschen	ja	☐	nein	☐
Pflege an der Person	ja	☐	nein	☐
Zeitaufwand dafür durchschnittlich wöchentlich _____	Stunden			
Welcher Art von B1 Nr. 4-8 ?				

C. Notwendigkeit der Heimversorgung:

1. Welche der unter A3 aufgeführten Krankheiten erfordern überwiegend die Heim-Aufnahme?

2. Ist die untersuchte Person bettlägerig? Ja ☐ nein ☐
Wenn ja, welche Krankheit?

3. Bedarf sie der psychiatrischen Behandlung? Ja ☐ nein ☐

4. Bestehen Suchten

Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐

5. Sonstige für die Heimbetreuung wichtige Fragen:

Ist die untersuchte Person

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|------|--------------------------|
| a) liegen Anhaltspunkte für eine ansteckende Lungentuberkulose vor | ja | ☐ | nein | ☐ |
| b) für sich oder andere gefährlich | ja | ☐ | nein | ☐ |
| c) anstößig? | ja | ☐ | nein | ☐ |
| d) verwahrlost und gefährlich? | ja | ☐ | nein | ☐ |
| e) besteht Stuhl- und/oder Harninkontinenz? | ja | ☐ | nein | ☐ |
| f) ansteckend? | ja | ☐ | nein | ☐ |
| g) Verlust der Orientierungsvermögens? | ja | ☐ | nein | ☐ |
| h) Anfallhäufigkeit? | ja | ☐ | nein | ☐ |
| i) Diätnahrung wegen: _____ | ja | ☐ | nein | ☐ |

6. Prognose:

Ort und Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____