

Ärztliches Zeugnis

zur Aufnahme in
 Altenpflegeeinrichtung

Zutreffendes ist angekreuzt
bzw. unterstrichen

Zuname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort bzw. gegenwärtige Unterbringung

Krankenkasse

1 Diagnose (auch Angaben über evtl. ansteckende Krankheiten)

1.1 Ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane (Vorschrift nach § 48 a des BSeuchG)

liegt vor liegt nicht vor

2 Behandlungsbedürftigkeit (Ausmaß, Dauer)

3 Geistig - psychischer Zustand unauffällig

Besonderheiten im geistig-psychischen Bereich

auffallend vergeßlich nicht ansprechbar motorisch unruhig (tags/nachts)

desorientiert (örtlich, zeitlich, zur Person) Gefahr des Weglaufens

psychisch krank suchtgefährdet sonstiges: _____

4 Ernährungs- und Kräftezustand

normal _____ Größe _____ Gewicht _____

Diät notwendig

nein ja, welche _____ cm _____ kg

5 Seh- und Hörfähigkeit

normal _____ blind taub

6 Bewegungsfähigkeit

normal eingeschränkt Lähmung(en): _____

bettlägerig (ständig/zeitweise) Versteifung(en): _____

7 Pflegebedürftigkeit

nein (siehe Nr. 8)

ja, jedoch bei intensiver Rehabilitation voraussichtlich Besserung

ja, fremde Hilfe erforderlich bei/beim

An- und Auskleiden Waschen Baden Kämmen Gehen

Zerkleinern der Speisen Aufstehen Hinlegen Rasieren Hinsetzen

Verrichten der Notdurft inkontinent (Urin/Stuhl) Essen

Sonstiges: _____

8 Wenn Pflegebedürftigkeit nicht vorliegt (Aufnahme in Altenheim/Altenwohnheim)

Grund für die Heimaufnahme

Unvermögen, die zur Fortführung eines eigenen Haushalts notwendigen Verrichtungen auszuführen

Einkaufen Hausarbeit Kehrwoche _____

Gefährdung der häuslichen Selbstversorgung

Mahlzeiten zubereiten notwendige Körperpflege Hilflosigkeit bei Krankheit

Umgang mit Strom, Wasser, Gas Sonstiges: _____

Für die Richtigkeit der Angaben

Datum

Anschrift und Unterschrift des behandelnden Arztes
(Arztstempel)

Fernsprecher