

**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 ?

ja nein

wenn ja, Hilfe ist erforderlich beim

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| 1. Bettenmachen | <input type="checkbox"/> | 4. An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> | 7. Essen | <input type="checkbox"/> |
| 2. Zimmerreinigen | <input type="checkbox"/> | 5. Verrichten der Notdurft | <input type="checkbox"/> | 8. Waschen | <input type="checkbox"/> |
| 3. Stehen und Gehen | <input type="checkbox"/> | 6. Aufstehen/Hinlegen | <input type="checkbox"/> | 9. Sitzen | <input type="checkbox"/> |

oder / und sie der Bewahrung bedarf

ja nein

wenn ja, Aufnahme ist erforderlich wegen: _____

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

ja nein

Wenn ja, welcher Hilfe bedarf sie ?

Putzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zeitaufwand dafür durchschnittlich wöchentlich	Stunden	
Kochen, (z.B. auch „Essen auf Rädern“)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
sonstige Küchenarbeiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besorgungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Erledigung von Schreivarbeiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wäsche waschen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Pflege an der Person	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zeitaufwand dafür durchschnittlich wöchentlich	Stunden	
Welcher Art von B 1 Nr. 4 – 8 ?	

C Notwendigkeit der Heimversorgung:

1. Welche der unter A 3 aufgeführten Krankheiten erfordern überwiegend die Heimaufnahme ?

.....

2. Ist die untersuchte Person bettlägerig ? ja nein
wenn ja, wegen welcher Krankheit ?

.....

3. Bedarf sie der psychiatrischen Behandlung ? ja nein

4. Bestehen Suchten ja nein
Alkohol Drogen Medikamente

.....

5. Sonstige für die Heimbetreuung wichtige Fragen:

Ist die untersuchte Person

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a) liegen Anhaltspunkte für eine ansteckende Lungentuberkulose vor? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| b) für sich oder andere gefährlich ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| c) anstößig ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| d) verwahrlost oder gefährlich ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| e) besteht Stuhl- und/oder Harninkontinenz ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| f) ansteckend ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| g) Verlust des Orientierungsvermögens ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| h) Anfallhäufigkeit ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| i) Diät ernährung wegen : | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

6. Prognose:

.....

7. Sonstige Bemerkungen:

.....

.....
Ort und Datum

.....
Stempel

.....
Unterschrift des Arztes