

# 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     | <input type="checkbox"/> | 4. An- und Auskleiden      | <input type="checkbox"/> | 7. Essen   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Zimmer reinigen  | <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 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	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Zeitaufwand dafür durchschnittlich _____	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 Schreibaarbeiten	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 B1 Nr. 4-8 ?				

C. Notwendigkeit der Heimversorgung:

1. Welche der unter A3 aufgeführten Krankheiten erfordern überwiegend die Heimaufnahme?

---



---

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 | <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 und 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 der Orientierungsvermögens?                             | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| h) Anfallhäufigkeit?   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| i) Diät-nahrung wegen: _____                                       | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

6. Prognose:

---



---

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes