



Ärztliches Zeugnis

für die Anmeldung zur stationären Aufnahme im Altenpflegeheim

1.) Vor- und Zuname:

Pflegegrad: _____ Geburtsdatum: _____

2.) Hauptdiagnose

Liegt eine psychische Erkrankung vor? nein ja _____

Besteht eine Suchtkrankheit? nein ja _____

Liegt eine akute TBC vor? nein ja

Bestehen ansteckende Krankheiten? (z. B. Krätzmilbe oder MRSA)?

nein ja _____

Sind Allergien bekannt? nein ja _____

Besteht ein Diabetes mellitus? nein ja *insulinpflichtig:* nein ja

Liegen körperliche Behinderungen vor? nein ja _____

Werden Pflegehilfsmittel benötigt? _____

Ist der/die Patient /in schwerhörig? nein leicht schwer

Ist der/die Patient /in sehbehindert? nein leicht schwer

Liegt eine Sprachstörung vor? nein leicht schwer

Treten nachts Unruhezustände auf? nein zeitweise dauernd

Ist der/die Patient/in bettlägerig? nein zeitweise dauernd

Liegt eine Harninkontinenz vor? nein leicht schwer

Hat der/die Patient/in einen Dauerkatheter? nein ja warum: _____

Liegt eine Stuhlinkontinenz vor? nein leicht schwer

Ist der/die Patient/in Stomaträger? nein ja

Liegen Einschränkungen des Orientierungsvermögens vor?

	vorhanden	fehlt zeitweise	fehlt dauernd
örtliche Orientierung			
zeitlich Orientierung			
situative Orientierung			
Orientierung in der Person			

Besteht eine andauernde Aufsichtsnotwendigkeit (Weglauftendenzen, Selbst-/Fremdgefährdung o.ä.)? nein zeitweise dauernd

Ist der/die Patient/in auf Hilfe angewiesen?

	nein	zeitweise	dauernd
Gehen			
Stehen			
Treppensteigen			
Essen			
Aufstehen/ zu Bett gehen			
Anziehen/Ausziehen			
Waschen			
Benutzen der Toilette			

Ist eine besondere Ernährung erforderlich? nein ja _____

Hat der / die Patient/in eine Magensonde?

nein ja warum: _____

Besonderheiten (z. B. Dialysepatient, Sauerstoffgabe u. a.):

Die Aufnahme in ein Heim ist mit dem /der Patient/in besprochen. Der/die Patientin ist

einverstanden nicht einverstanden Verständigung nicht möglich

Die Aufnahme in ein Pflegeheim ist aus ärztlicher Sicht erforderlich.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

.....

Erklärung des/der Patient/in: Ich erkläre mich mit der Weitergabe der ärztlichen
Unterlagen an das Altenpflegeheim St. Margareten einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten

Stand: 08/2019