

Ärztliches Zeugnis zur Anmeldung

Tagespflege / Ambulanter Pflege- und Sozialdienst



Anmeldung für	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse, HausNr, PLZ, Wohnort	
Hauptdiagnosen / Allergien (Bitte mit Angabe des ICD)	
Psychische Erkrankung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja->	
Fremdgefährdung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / Eigengefährdung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Suchterkrankung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja-> <input type="checkbox"/> F10.2 <input type="checkbox"/> F17.2 <input type="checkbox"/> F19.2	
Infektionskrankheiten	
MRSA: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Hepatitis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja-> A / B / C / D / E HIV: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Magen- / Darm: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige:	
Covid akut : <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Impfstatus: <input type="checkbox"/> genesen <input type="checkbox"/> 1. Impf. <input type="checkbox"/> 2. Impf. <input type="checkbox"/> 3. Impf. <input type="checkbox"/> 4. Impf.	
Einschränkungen	
Sehvermögen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -> <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> blind	
Hörvermögen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -> <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> taub	
Sprachvermögen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -> <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> stumm	
Schlucken: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -> <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Trinken	
Mobilität: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -> <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Sitzen <input type="checkbox"/> Gehilfe <input type="checkbox"/> Rollstuhl	
<input type="checkbox"/> Bewegungsdrang <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit	
Ausscheidung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -> <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	
Ernährung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -> <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Kachexie <input type="checkbox"/> reduz. Hunger-/Durstgefühl	
<input type="checkbox"/> Exsikkosegefahr	
Kognition: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -> <input type="checkbox"/> alterstypisch <input type="checkbox"/> beeinträchtigend <input type="checkbox"/> ausgeprägt	
Orientierung:	vorhanden fehlt teilweise fehlt dauerhaft
Zeitlich	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Datum/ Unterschrift / Stempel: