

## Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur Heimaufnahme

(bitte zusammen mit dem Anmeldebogen einreichen)

Vor- und Zuname ..... Geburtsdatum .....

Geburtsname .....

Wohnort und Straße .....

**Hauptdiagnosen**

.....

**Weitere Diagnosen und Symptome:****Psychische Erkrankung?** ☐ nein ☐ ja, welche? .....**Suchtkrankheit?** ☐ nein ☐ ja, welche? .....**Ansteckende Krankheit?** ☐ nein ☐ ja, welche? .....**Allergien?** ☐ nein ☐ ja, welche?.....**Hörbehinderung?** ☐ nein ☐ leichte ☐ schwere **Sehbehinderung?** ☐ nein ☐ leichte ☐ schwere**Sprachstörung?** ☐ nein ☐ leichte ☐ schwere **Schluckstörung?** ☐ nein ☐ leichte ☐ schwere**Dekubitus** ☐ nein ☐ ja, wo? .....**Kontrakturen?** ☐ nein ☐ ja, wo? .....**Täglicher Hilfebedarf abgeleitet aus dem Grad an Selbstständigkeit**

selbstständig (st), überwiegend selbstständig (üst), überwiegend unselbstständig (üust), unselbstständig (ust)

**Körperpflege**

|            | st                       | üst                      | üust                     | ust                      |                      | nein                     | zeitweise                | dauernd                  |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Waschen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Benutzen d. Toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Harninkontinenz      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Baden      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stuhlinkontinenz     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      | nein                     |                          | ja                       |
| Kämmen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Katheterpflege       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Rasieren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stomapflege          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

**Ernährung**

|                                  | st                                                                       | üst                      | üust                     | ust                      |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mundgerechte Nahrungszubereitung | <input type="checkbox"/>                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufnahme der Nahrung             | <input type="checkbox"/>                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonde                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? ..... |                          |                          |                          |

Ist eine besondere Ernährung erforderlich?

☐ nein ☐ ja, welche? .....

**Mobilität**

|                       | st                       | üst                      | üust                     | ust                      |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aufstehen/Zubettgehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden/Auskleiden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umlagern              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stehen                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verlassen des Hauses  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Liegt Bettlägerigkeit vor? ☐ nein ☐ ja

Werden Pflegehilfsmittel benötigt? ☐ nein

☐ ja, welche? .....

bereits vorhanden? ☐ ja ☐ nein

bereits verordnet? ☐ ja ☐ nein

**Orientierung**

|                    | vorhanden                | fehlt teilweise          | fehlt dauernd            |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zeitlich           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| örtlich            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zur eigenen Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Ruhe/Schlaf**

|                | nein                     | zeitweise                | dauernd                  |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| nachts unruhig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| tags unruhig   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Hinlauftendenz?** ☐ nein ☐ ja

**Liegt Rehabilitationsfähigkeit vor?** ☐ ja ☐ nein ☐ noch unklar

**Besonderheiten**

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

☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden ☐ Verständigung nicht möglich

☐ Die Aufnahme in ein Pflegeheim wird aus ärztlicher Sicht befürwortet

.....  
Datum, Unterschrift des Arztes

.....  
Praxisstempel