



Freudenstädter Str. 30
70569 Stuttgart - Kaltental

Tel: 0711.68 68 748-0
Fax: 0711.67 70 580

Ärztliches Zeugnis

zur Vorbereitung der Heimaufnahme

1. _____
Name Vorname

Geburtsdatum

2. Ärztliche Diagnose und Behandlungsbedürftigkeit (Therapieausmaß und Dauer)

3. Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten (insbes. Tuberkulose der Atmungsorgane, § 48a Bseuchg / § 36 Abs.4 IfSG)? Ja Nein

sonstige ansteckende Erkrankungen (z.B. MRSA, oder andere)

4. Ernährungs- und Kräftezustand

Größe: _____ Gewicht: _____

Diät erforderlich? nein ja, welche? _____

5. Sehfähigkeit normal blind behindert, inwiefern? _____

6. Hörfähigkeit normal schwerhörig Sprachfähigkeit normal beeinträchtigt

7. Bewegungsfähigkeit normal (Halbseiten)-Lähmung Versteifung Amputation
eingeschränkt durch

Patient/in sitzt im Rollstuhl ist vorwiegend bettlägrig ist ständig bettlägrig

8. Werden Prothesen (einschl. Brille, Hörgerät; auch orthopädischer Art) benötigt?

nein ja, welche? _____

9. Pflegebedürftigkeit

liegt nicht vor

liegt vor; fremde Hilfe nötig

- bei der Körperpflege
- bei der Ernährung
- bei der Mobilität
- bei der Behandlungspflege
- bei der persönlichen Lebensführung

Sonstiges: _____

10. Ist eine Wundversorgung erforderlich?

nein ja, welcher Art? _____

11. Hat der/die Patient/in einen Anus praeter?
Ist Hilfestellung bei der Versorgung nötig?

ja nein
 ja nein

12. Liegt eine Ernährungssonde?

nein ja, welche? _____

13. Liegt ein Urinableitendes System

nein ja, welches? _____

14. Besteht Urininkontinenz

nein
 gelegentlich
 dauernd

Stuhlinkontinenz

nein
 gelegentlich
 dauernd

Hilfsmittel werden eingesetzt ja, welcher Art? _____

15. Geistiger Zustand

unauffällig

örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig
unruhig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig

16. Ist erhöhte Aufsicht nötig? nein

ja, wegen _____

17. Neigt der/die Patient/in zum Weglaufen?

nein ja

18. Liegt eine geistig-seelische Störung vor?

nein

ja, welcher Art? _____

19. Liegt eine Suchtkrankheit vor?

nein

ja, welcher Art? _____

20. Ist der/die Patient/in suizidgefährdet?

nein ja

21. Welche Behandlungs- und/oder Reha-Maßnahmen sollten eingeleitet oder weitergeführt werden?

22. Bemerkungen des Arztes: _____

Ort, _____ Datum _____

Stempel, _____ Unterschrift des Arztes _____