

## Ärztliches Zeugnis

zur Vorbereitung der Heimaufnahme in die vollstationäre Wohngruppe   
zur Vorbereitung der Aufnahme in die Tagespflege

1. \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum  
\_\_\_\_\_  
Geburtsname Krankenkasse Pflegestufe

2. Ärztliche Diagnosen und Behandlungsbedürftigkeit (Therapieausmaß und Dauer)

---

---

---

3. Liegt eine demenzielle Störung vor?  ja  nein

Wenn ja: welche Form: \_\_\_\_\_

4. Geistiger Zustand  unauffällig  
Örtlich orientiert?  ja  nein  zeitweilig  
Zeitlich orientiert?  ja  nein  zeitweilig  
Zur Situation orientiert?  ja  nein  zeitweilig  
Zur Person orientiert?  ja  nein  zeitweilig

5. Ist der/die Patient/in bewegungsunruhig ?  ja  nein  
weglaufgefährdet?  ja  nein

6. Liegt eine weitere psychische oder psychiatrische Störung vor?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

7. Ist der/die Patient/in **frei von Tuberkulose** der Atmungsorgane, **§ 48a BSeuchG / § 36 Abs. 4 IfSG**

ja  nein

8. Bestehen sonstige ansteckende Erkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
(z.B. MRSA oder andere)

9. Ernährungs- und Kräftezustand: Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Diät erforderlich?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

10. Sehfähigkeit  normal  blind  behindert, inwiefern? \_\_\_\_\_

Hörfähigkeit:  normal  schwerhörig  
Sprachfähigkeit:  normal  beeinträchtigt

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

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

12. Werden Prothesen (einschl. Brille, Hörgerät; auch orthop. Art) benötigt?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

13. Ist eine Wundversorgung erforderlich?  ja  nein

Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

14. Pflegebedürftigkeit  liegt vor; fremde Hilfe nötig:  bei der Körperpflege  
 bei der Ernährung  bei der Mobilität  
 bei der Behandlungspflege  Toilettengang  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

15. Hat der/die Patient/in einen Anus praeter?  ja  nein

16. Liegt eine Magensonde?  ja  nein

17. Liegt ein Dauerkatheter  ja  nein

18. Besteht **U**rininkontinenz  nein  gelegentlich  dauernd  
**S**tuhlinkontinenz  nein  gelegentlich  dauernd

19. Liegt eine Suchtkrankheit vor?  ja  nein

Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

20. Ist der/die Patient/in suicidgefährdet?  ja  nein

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes,