



Freudenstädter Str. 30  
70569 Stuttgart - Kaltental

Tel: 0711.68 68 748-0  
Fax: 0711.67 70 580  
Wichernhaus@eva-stuttgart.de

## Ärztliches Zeugnis zur Anfrage Heimaufnahme

1. \_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

2. Ärztliche Diagnose und Behandlungsbedürftigkeit (Therapieausmaß und Dauer)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Vorlage eines Ärztlichen Attestes nach §36 Abs.4 IfSG („Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen, Personen“.** „Personen, die in eine Einrichtung nach Abs.1 Nr. 2-4 aufgenommen werden sollen, haben der Leitung der Einrichtung vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen **keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose** vorhanden sind“).  
**Die Untersuchung wird z.B. im zuständigen Gesundheitsamt oder der Tuberkulose Ambulanz durchgeführt.**

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

Ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Ernährungs- und Kräftezustand

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Diät erforderlich?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Sehfähigkeit  normal  blind  
 beeinträchtigt, inwiefern? \_\_\_\_\_

6. Hörfähigkeit  normal  schwerhörig Sprachfähigkeit  normal  beeinträchtigt

7. Bewegungsfähigkeit eingeschränkt durch  normal  (Halbseiten)-Lähmung  Versteifung  Amputation  
 nutzt Gehhilfe / Rollator  sitzt vorwiegend im Rollstuhl  ist vorwiegend bettlägerig

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

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

9. Pflegebedürftigkeit - Unterstützung benötigt ...

<input type="checkbox"/> bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> überwiegend
<input type="checkbox"/> bei der Ernährung	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> überwiegend
<input type="checkbox"/> bei der Mobilität	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> überwiegend
<input type="checkbox"/> bei der Behandlungspflege	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> überwiegend
<input type="checkbox"/> bei der persönlichen Lebensführung	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> überwiegend

Sonstiges: \_\_\_\_\_

10. Wundversorgung erforderlich?

nein  ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

11. Ernährungssonde?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

12. Anus praeter?

Ist Hilfestellung bei der Versorgung nötig?

nein  ja  
 nein  ja

13. Urinableitendes System

nein  ja, welches? \_\_\_\_\_

14. Urininkontinenz

nein  
 teilweise  
 dauerhaft

Stuhlinkontinenz

nein  
 teilweise  
 dauerhaft

Hilfsmittel werden eingesetzt  ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

15. Geistiger Zustand

unauffällig

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

<input type="checkbox"/> zeitweilig eingeschränkt
<input type="checkbox"/> zeitweilig eingeschränkt
<input type="checkbox"/> zeitweilig

16. Liegt eine geistig-seelische Störung vor?

nein

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

17. Ist erhöhte Aufsicht nötig?

nein

ja, wegen \_\_\_\_\_

18. Liegt eine Hinlauff Tendenz vor?

nein

ja

19. Liegt eine Suchtkrankheit vor?

nein

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

20. Suizidgefährdung?

nein

ja

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

\_\_\_\_\_

22. Bemerkungen des Arztes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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