



Freudenstädter Str. 30  
70569 Stuttgart - Kaltental

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

## Ärztliches Zeugnis zur Anfrage Heimaufnahme

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

2. Ärztliche Diagnose und Behandlungsbedürftigkeit (Therapieausmaß und Dauer)

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

3. Vorlage eines Ärztlichen Attestes nach §48a Bseuchg / §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 führt das zuständige Gesundheitsamt durch.

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

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. Liegt eine Ernährungssonde?

nein

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

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

ja

nein

ja

nein

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  
zeitlich orientiert  
unruhig

ja  
 ja  
 ja

nein  
 nein  
 nein

zeitweilig  
 zeitweilig  
 zeitweilig

16. Liegt eine geistig-seelische Störung vor?

nein

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

17. Ist erhöhte Aufsicht nötig?

nein

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

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

nein

ja

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 \_\_\_\_\_