

**Ärztliches Zeugnis
zur Aufnahme in einem Alten- bzw. Altenpflegeheim**

für : geb. am

z.Zt. wohnhaft in : Str.: Tel.:

A. Untersuchungsbefund:

1. *Körperlicher Befund:*
(z.B. Allgemein- und Ernährungszustand, Sinnesorgane, Geh- und Stehvermögen, Art und Ausmaß einer vorliegenden oder drohenden Behinderung der Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- und Bewegungssystems, bettlägerig, Stuhl- und Harninkontinenz. Die Angabe, z.B. Arthrosis genügt nicht, die Auswirkung ist anzugeben.)

2. *Geistig-seelischer Befund:*
(z.B. Gemütsart, Charakter, wie ruhig, gutmütig, erregbar, unberechenbar, bösartig, selbstgefährlich, zeitlich und örtlich orientiert, desorientiert, Dämmerzustand, Neigung zum Absondern, Entweichen, Streunen, Zerstören. Die Angabe Arteriosklerose - Cerebalsklerose - genügt nicht, deren Auswirkungen sind anzugeben).

3. *Krankheitsbezeichnung (Diagnose):*

4. *Bisherige medikamentöse Behandlung:*

B. Fragen zur Heimunterbringung:

1. *Ist die untersuchte Person infolge Krankheit, Leiden oder Behinderung so hilflos, dass sie nicht ohne Wartung und Pflege bleiben kann ?*

Ja Nein

Wenn Ja, Hilfe ist erforderlich beim

Bettenmachen Zimmerreinigen Stehen and Gehen An- und Auskleiden Essen
 Aufstehen/Hinlegen Verrichten der Notdurft Waschen Sitzen

oder/und sie der Bewahrung bedarf

Ja Nein

Wenn Ja, Bewahrung ist erforderlich wegen:

2. *Wäre die erforderliche Hilfe auch außerhalb einer Einrichtung möglich und ausreichend, so dass sie in der jetzt vertrauten Umgebung durchgeführt werden könnte ?*

Ja Nein

Wenn ja, welche Hilfe wird benötigt ?

Putzen Ja Nein
(Zeitaufwand wöchentl. Std.)

Kochen, z.B. auch "Essen auf Rädern" Ja Nein

sonstige Küchenarbeiten Ja Nein

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Besorgungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erledigung von Schreibarbeiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wäschewaschen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Pflege an der Person (Zeitaufwand wöchentl.Std.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

C. Notwendigkeit der Heimversorgung:

1. Welche der unter A 3 aufgeführten Krankheiten erfordern überwiegend die Heimaufnahme ?

2. Ist die untersuchte Person bettlägerig ? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Krankheit ?

3. Bedarf sie der psychiatrischen Behandlung ? Ja Nein

4. Bestehen Süchte ? Ja Nein
Wenn ja, welche ?

5. Sonstige für die Heimbetreuung wichtige Fragen:

Ist die untersuchte Person

a) für sich oder andere gefährlich ? Ja Nein

b) anstößig? Ja Nein

c) verwahrlost oder gefährlich ? Ja Nein

d) stuhl- oder harninkontinent ? Ja Nein

e) ansteckend krank ? Ja Nein

f) orientierungslos ? Ja Nein

g) von Anfällen belastet ? Ja Nein

6. Ist Diät ernährung notwendig wegen? Ja Nein

7. Prognose:

8. Steht die Person unter Pflegschaft/Vormundschaft ? Ja Nein
Anschrift des Pflegers:

9. Sonstige Bemerkungen:

(Ort und Datum)

Stempel
(Unterschrift des Arztes)