

Ärztliches Zeugnis der Anfrage zur Heimaufnahme

Pflegeheim Tagespflege Betreutes Wohnen

Gewünschte Einrichtung: _____

Patientendaten:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Wohnort, gegenwärtiger Aufenthalt
Kranken-/Pflegekasse		
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Einstufung läuft (vermuteter Pflegegrad _____)		

Medizinische Angaben:

Diagnosen:					
Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane? (§ 36 Abs. 4 des Infektionsschutzgesetz)					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vorliegen von Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Art der Infektionskrankheiten:		
Vorliegen von Infektionen mit multiresistenten Keimen? <i>Erregernachweis durchgeführt?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRGN 3 <input type="checkbox"/> MRGN 4 <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> Sonstige _____		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Stand der Sanierung:		
Liegen Allergien vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Art der Allergien:		
Spezieller Pflegebedarf? (z. B. chronische Wunden, O ₂ Gabe)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Form der speziellen Pflege:		
Werden Hilfsmittel benötigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Art der Hilfsmittel:		
Alltagskompetenzen	Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilw. inkontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	
	Urinkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilw. inkontinent	<input type="checkbox"/> Anus Praeter	
	Gehen	<input type="checkbox"/> unabhängig	<input type="checkbox"/> Uro Stoma <input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> kann nicht gehen	
Orientierung	<input type="checkbox"/> Einschränkung umfassen		<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Situation
	<input type="checkbox"/> Einschränkung teilweise		<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Situation
	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung				
Verhalten und Stimmungslage	<input type="checkbox"/> unauffällig		<input type="checkbox"/> ängstlich		<input type="checkbox"/> ausgeglichen
	<input type="checkbox"/> abwehrend		<input type="checkbox"/> fremdaggressiv		<input type="checkbox"/> gedrückt/depressiv
	<input type="checkbox"/> unkooperativ		<input type="checkbox"/> selbstgefährdend		<input type="checkbox"/> gehoben/manisch
Besteht eine Hinlauftendenz?					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gibt es Hinweise auf einen ungewollten signifikanten Gewichtsverlust?					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist ein Sturzereignis aus den letzten 6 Monaten bekannt?					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges					

Bestätigung der Richtigkeit der Angaben

Datum

Stempel/Unterschrift behandelnder Arzt

Telefon/Fax
