

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? | <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 _____ |
| <i>Erregernachweis durchgeführt?</i> | <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 | <input type="checkbox"/> Anus Praeter |
| | Urinkontrolle | <input type="checkbox"/> kontinent | <input type="checkbox"/> teilw. inkontinent | <input type="checkbox"/> inkontinent | <input type="checkbox"/> Katheter |
| | Gehen | <input type="checkbox"/> unabhängig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> kann nicht gehen | |
| Orientierung | <input type="checkbox"/> Einschränkung umfassen <input type="checkbox"/> Einschränkung teilweise <input type="checkbox"/> keine Einschränkung | <input type="checkbox"/> Ort | <input type="checkbox"/> Zeit | <input type="checkbox"/> Person | <input type="checkbox"/> Situation |
| | | <input type="checkbox"/> Ort | <input type="checkbox"/> Zeit | <input type="checkbox"/> Person | <input type="checkbox"/> Situation |
| Verhalten und Stimmungslage | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> abwehrend <input type="checkbox"/> unkooperativ | <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> fremdaggressiv <input type="checkbox"/> selbstgefährdend | <input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> gedrückt/depressiv <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
