Ärztliches Zeugnis der Anfrage zur Heimaufnahme

leben&wohnen

☐ Pflegeheim ☐ Tagespflege ☐ Betreutes Wohnen

Gewünschte Einrichtung: _____

Patientendaten:

Name	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Hausnummer:	Wohnort / gegenwärtiger Aufenthalt:	
Kranken/Pflegekasse:		
Pflegegrad: ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐ Einstufung läuft (vermuteter Pflegegrad_____)		

Medizinische Angaben:

Diagnosen:			
Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane? (§36 Abs. 4 des Infektionsschutzgesetz)			☐Ja ☐Nein
Vorliegen von Infektions-krankheiten?	☐Ja ☐Nein	Art der Infektionskrankheiten:	
Vorliegen von Infektionen mit multiresistenten Keimen?	☐Ja ☐Nein	☐MRSA ☐MRGN 3 ☐MRGN 4 ☐VRE ☐ESBL ☐Sonstige_____	
		Stand der Sanierung:	
Erregernachweis durchgeführt?	☐*Ja* ☐*Nein*		
Liegen Allergien vor?	☐Ja ☐Nein	Art der Allergien:	
Spezieller Pflegebedarf? **(z. B. chronische Wunden, O2 Gabe)**	☐Ja ☐Nein	Form der speziellen Pflege:	
Werden Hilfsmittel benötigt?	☐Ja ☐Nein	Art der Hilfsmittel:	

Alltagskompetenzen	Stuhlkontrolle	☐kontinent	☐teilw. inkontinent		☐inkontinent ☐Anus Praeter	
	Urinkontrolle	☐kontinent	☐teilw. inkontinent ☐Uro Stoma		☐inkontinent ☐Katheter	
	Gehen	☐unabhängig	☐mit Hilfe		☐kann nicht gehen	
Orientierung	☐Einschränkung umfassend ☐Einschränkung teilweise ☐keine Einschränkung		☐Ort ☐Ort	☐Zeit ☐Zeit	☐Person ☐Person	☐Situation ☐Situation
Verhalten und Stimmungslage	☐unauffällig ☐abwehrend ☐unkooperativ		☐ängstlich ☐fremdagressiv ☐selbstgefährdend		☐ausgeglichen ☐gedrückt/depressiv ☐gehoben/manisch	
Besteht eine Hinlauftendenz?					☐Ja ☐Nein	
Gibt es Hinweise auf einen ungewollten signifikanten Gewichtsverlust?					☐Ja ☐Nein	
Ist ein Sturzereignis aus den letzten 6 Monaten bekannt?					☐Ja ☐Nein	
Sonstiges						

Bestätigung der Richtigkeit der Angaben

....

Datum Stempel / Unterschrift des behandelnden Arztes Telefon/Fax