

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme

1. Personalien

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

2. Anamnese

Ist die aufzunehmende Person

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
desorientiert zur Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
desorientiert zur Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die aufzunehmende Person entscheidungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die aufzunehmende Person bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt Stuhlinkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt Harninkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt die aufzunehmende Person einen Katheter?	transurethral <input type="checkbox"/>		suprapubisch <input type="checkbox"/>	
Benötigt die aufzunehmende Person ein Stoma?	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>	

3. Diagnose

4. Bestehen ansteckende Krankheiten?* (z.B. TBC, Skabies, Hepatitis, MRSA; bitte genau bezeichnen)	
5. Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welche?)	
6. Welche Gemütsstimmung liegt vor? (seelische Verfassung)	
7. Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche?)	
8. Besteht Selbst- oder Fremdgefährdung? (wenn ja, in welcher Form?)	
9. Ist eine geschlossene Wohnform oder eine andere freiheitsentziehende Maßnahme erforderlich?	

*Eine Bescheinigung, dass keine ansteckende Krankheit vorliegt, ist ggf. beizufügen (nach Infektionsschutzgesetz). 

10. Grund der stationären Unterbringung	
11. Bestehen Allergien? (wenn ja, welche?)	
12. Gibt es geschädigte Hautstellen? (wenn ja, welche?)	

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts
Bedarfsmedikation				

14. Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)

15. Welcher Ernährungs- und Flüssigkeitshaushalt besteht?

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Untergewicht Übergewicht

Magensonde PEG-Sonde Sondenkost bei Diabetikern BE _____

16. Besteht eine körperliche Behinderung?

(wenn ja, welcher Art und seit wann? Gibt es Prothesen etc.?)

17. Welche Hilfsmittel sind erforderlich?

18. Benötigt die aufzunehmende Person Hilfen beim

	voll	teilweise	beaufsichtigt	anleiten
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnehmen von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dieses Zeugnis beruht auf einer zeitnahen, persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes