

## 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

---



---



---

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

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

|   |  |
|---|--|
| <b>10. Grund der stationären Unterbringung</b>                    |  |
| <b>11. Bestehen Allergien?</b> (wenn ja, welche?)                 |  |
| <b>12. Gibt es geschädigte Hautstellen?</b><br>(wenn ja, welche?) |  |

**13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?**

| Medikament               | morgens | mittags | abends | nachts |
|--------------------------|---------|---------|--------|--------|
|                          |         |         |        |        |
|                          |         |         |        |        |
|                          |         |         |        |        |
| <b>Bedarfsmedikation</b> |         |         |        |        |
|                          |         |         |        |        |

**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                 |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Gehen</b>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Treppensteigen</b>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Essen</b>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Waschen</b>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ankleiden</b>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Frisieren/Rasieren</b>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aufstehen (aus dem Bett)</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Zu Bett gehen</b>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Benutzen der Toilette</b>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Einnehmen von Medikamenten</b> | <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 des Arztes