

Königsstraße 62 • 52351 Düren
Tel.: 02421 3064-0 • Fax 02421 3064-190

Ärztliche Bescheinigung zum Einzug in die Kurzzeitpflege/ Hausgemeinschaften / das Seniorenhaus

Name:.....Vorname:.....

Geburtsdatum Anschrift:.....

1. Bestehende Krankheiten und/oder Behinderungen (bitte deutlich schreiben)

.....
.....

2. Welche von diesen ist der entscheidende Faktor für den Einzug?

.....

3. Bestehen Infektionserkrankungen?

- MRSA letzte Untersuchung am Ergebnis:.....
 TBC
 andere

4. Folgende Behinderungen liegen vor:

- 4.1 Gehunfähigkeit ja nein zeitweise
4.2 Bettlägerigkeit ja nein zeitweise
4.3 Urininkontinenz ja nein zeitweise
4.4 Stuhlinkontinenz ja nein zeitweise
4.5 zeitliche Desorientierung ja nein zeitweise
4.6 örtliche Desorientierung ja nein zeitweise
4.7 Hin-/ Weglauftendenz ja nein zeitweise
4.8 motorische Unruhe ja nein zeitweise
4.9 Nächtliche Unruhe ja nein zeitweise
4.10 Wahnvorstellungen ja nein zeitweise
4.11 Suchtkrankheiten ja nein zeitweise

Wenn ja, welche?.....

5. Folgende Hilfen sind erforderlich:

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 5.1 beim Essen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 5.2 beim Waschen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 5.3 beim An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 5.4 bei der Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 5.5 beim Frisieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 5.6 beim Aufstehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 5.7 beim Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 5.8 sonstige Hilfen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |

Wenn ja, welche?

6. Ausscheidungshilfen

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 6.1 suprapubische Blasenfistel | <input type="checkbox"/> | letzter Katheterwechsel:..... |
| 6.2 Blasenverweilkatheter | <input type="checkbox"/> | Größe des Katheters: |
| 6.3 Einlagen/Schutzhosen | <input type="checkbox"/> | |
| 6.4 Anus Praeter | <input type="checkbox"/> | |

7. Werden Hilfsmittel benutzt?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 7.1 Rollator | <input type="checkbox"/> |
| 7.2 Rollstuhl | <input type="checkbox"/> |
| 7.3 Sonstige..... | |

8. Ist eine Diät/Schonkost erforderlich?

- nein Ja, welche.....

9. Besteht eine bekannte Allergie? (z.B. Nahrungsmittel, Medikamente)

- nein, nicht bekannt Ja Welche:.....

10. Sonstige Bemerkungen:.....

Die häusliche Versorgung ist nicht mehr sichergestellt, so dass der Einzug in eine voll-stationäre Pflegeeinrichtung erforderlich ist. Ja Nein

WICHTIG: Die aktuelle ärztliche Medikamentenverordnung, einschließlich Bedarfsmedikation/Indikation (mit Stempel und Unterschrift) bitte unbedingt zum Einzug mitgeben. Vielen Dank!

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes