

Adelheidisstraße 10 • 53225 Bonn-Vilich
Tel.: 0228 4038-3 • Fax: 0228 4038-409

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 Liegen Anzeichen einer ansteckenden Lungentuberkulose vor? ☐ ja
- ☐ 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 ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 5.2 beim Waschen | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| 5.3 beim An- und Auskleiden | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| 5.4 bei der Medikamenteneinnahme | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| 5.5 beim Frisieren | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| 5.6 beim Aufstehen | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| 5.7 beim Benutzen der Toilette | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| 5.8 sonstige Hilfen | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |

Wenn ja, welche?

6. Ausscheidungshilfen

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 6.1 suprapubische Blasenfistel | ☐ | letzter Katheterwechsel:..... |
| 6.2 Blasenverweilkatheter | ☐ | Größe des Katheters: |
| 6.3 Einlagen/Schutzhosen | ☐ | |
| 6.4 Anus Praeter | ☐ | |

7. Werden Hilfsmittel benutzt?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 7.1 Rollator | ☐ |
| 7.2 Rollstuhl | ☐ |
| 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