





## Ärztliche Bescheinigung

für die Aufnahme in ein Seniorenheim, Fax.-Nr. 0541-683037

Für  Frau  Herrn

Name

Vorname

Geburtstag

Diagnosen:

### Benötigt die Patientin / der Patient Hilfen beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
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"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ist die Patientin / der Patient desorientiert?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Treten nachts Unruhezustände auf?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ist die Patientin / der Patient bettlägerig?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Liegt Inkontinenz vor?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche Medikamente müssen verabreicht werden?**

---

---

**Ist Diät / Schonkost erforderlich?**                      nein                          ja       

Welche? \_\_\_\_\_

**Besteht eine ansteckende Krankheit?**                      nein                          ja       

Welche? \_\_\_\_\_

**Besteht eine TBC-Erkrankung?**                      nein                          ja       

**Besteht eine psychische Störung?**                      nein                          ja       

Welche? \_\_\_\_\_

**Benötigt die Patientin / der Patient Hilfsmittel?**    nein                          ja       

Welche? \_\_\_\_\_

**Besteht aus ärztlicher Sicht die Notwendigkeit einer stationären Betreuung in einer Altenhilfeeinrichtung?**

nein                          ja       

Bemerkungen \_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

**Unterschrift (Arzt)**