

Ärztliches Zeugnis

- zur Aufnahme in die stationäre Pflege -

Name

Vorname

Geburtsdatum

Hauptdiagnosen:

siehe Ausdruck als Anlage

Demenzerkrankung bekannt

Ansteckende/
übertragbare
Krankheiten?

Tuberkulose der Atmungsorgane ja nein

Vorschrift nach § 36 Abs. 4 des Infektionsschutzgesetzes

MRSA ja nein

Hepatitis ja nein

Sonstige:

Schutzimpfungen

Impfausweis vorhanden ja nein

Impfschutz vorhanden Tetanus Gripeschutz

Allergien/
Unverträglichkeiten

vorhanden ja nein nicht bekannt

Allergiepass vorhanden ja

Geistig
psychischer
Zustand

unauffällig

nicht ansprechbar

auffällig

desorientiert

psychisch krank

Suchterkrankung

Ernährungs-
zustand

unauffällig

PEG

Magensonde

Untergewicht

Übergewicht

Kcal. pro Tag: _____

Diät notwendig?

nein

ja; welche: _____

Trinkmenge pro Tag
ml

Mindestens _____ ml Maximal _____ ml

Seh- u.
Hörfähigkeit

unauffällig

Seh-

Hörfähigkeit eingeschränkt

blind re/ li taub re/ li

Bewegungs-
fähigkeit

unauffällig

eingeschränkt

bettlägerig

Lähmungen wenn ja, welcher Art

Kontrakturen wenn ja, welcher Art

**Freiheits-
entziehende
Maßnahmen
notwendig?**

ja; welcher Art:

Atmung

O²-Gabe erforderlich Tracheostoma seit: _____

Schlafapnoe (SAS) Rhonchopathie

Ausscheiden

Inkontinenz

Harn ja; gelegentlich dauerhaft

Wenn ja, welche Art: _____

Stuhl ja; gelegentlich dauerhaft

Hilfsmittel: DK SPK Ch. ___ nächster Wechsel: _____

Anuspraeter Urostoma / Nephrostoma

Wundbehandlung

ja; Dekubitus Grad (I – IV): __ Ort: _____

Medikamente

siehe Ausdruck zur Anlage

Antikoagulantia Insulin

**Kreislauf /
Vitalwerte**

Blutdruck Schwellenwert systolisch _____ mmHg

 Schwellenwert diastolisch _____ mmHg

PulsfrequenzSchwellenwert _____ Schläge/Min

Bekannte Arrhythmie ja nein

Herzschrittmacher ja

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der oben genannten Person.

Ort/ Datum/ Stempel und Unterschrift