

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG
zur Aufnahme in einem Pflegeheim

Gesundheitszustand von

Frau/Herrn _____ geb.: _____

wohnhaft: _____

Zurzeit in stationärer Krankenhausbehandlung seit _____

Krankenhaus _____

A. Hilfe zur körperlichen Pflege beim

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Aufstehen aus dem Bett | <input type="checkbox"/> | 5. Essen und Trinken | <input type="checkbox"/> |
| 2. Waschen/Baden | <input type="checkbox"/> | 6. Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> |
| 3. Frisieren/Rasieren | <input type="checkbox"/> | 7. Harn- und Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> |
| 4. An- und Ausziehen | <input type="checkbox"/> | 8. Patient/in ist bettlägerig | <input type="checkbox"/> |

B. Hilfe zur Teilnahme am Gemeinschaftsleben notwendig, weil Patient/in

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. nicht allein gehen kann | <input type="checkbox"/> |
| 2. einen Rollstuhl benutzen muss | <input type="checkbox"/> |
| 3. schlecht sieht | <input type="checkbox"/> |
| 4. die äußeren Lebensbedingungen (Einkaufen, Behördengänge, Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen usw.) nicht allein bewältigen kann | <input type="checkbox"/> |

C. Der/Die Patient/in ist frei von ansteckenden Krankheiten _____

Zusätzliche Angaben:

1. Körperlicher Befund: _____

Sonde Dauerkatheter Decubitus

2. Der/Die Patient/in ist/ist nicht orientiert (bitte exakt ausfüllen)

persönlich zeitlich örtlich ständig zeitweise

3. Ich habe mit dem/der Patient/in die notwendige Heimpflege besprochen:

einverstanden uneinsichtig Verständigung nicht möglich

4. Aus ärztlicher Sicht sind Maßnahmen im Rahmen des Betreuungsgesetzes

nötig ja nein eingeleitet

5. Gegen überörtliche Heimunterbringung bestehen aus ärztlicher Sicht

Bedenken ja nein

6. Begründung für die Aufnahme in einem Heim: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel des Arztes)