

Kirchweg 1 • 47533 Kleve
Tel.: 02821 898-0 • Fax: 02821 898-109

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 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.2 Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.3 Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.4 Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.5 zeitliche Desorientierung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.6 örtliche Desorientierung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.7 Hin-/ Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.8 motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.9 Nächtliche Unruhe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.10 Wahnvorstellungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.11 Suchtkrankheiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> 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