

## ÄRZTLICHES ZEUGNIS

zur Aufnahme in unser Seniorenzentrum (Wohnen und Pflege)

### 1. PERSONALIEN

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### 2. DIAGNOSEN (ggfs. Befunde beifügen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nervenerkrankung  nein  ja<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Inkontinenz  nein  ja<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Dekubitus  nein  ja<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Multiresistente Erreger  nein  ja<sup>2/3</sup> \_\_\_\_\_

ansteckende Krankheiten  nein  ja<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Diagnose <sup>2</sup> Lokalisation <sup>3</sup> MRSA, VRE, 3MRGN, 4MRGN <sup>4</sup> ansteckende oder meldepflichtige Erkrankungen

### 3. ERNÄHRUNGSSITUATION

Vollkost  Sonderkost  Gewicht \_\_\_\_\_

Diätkost \_\_\_\_\_  Ernährungssonde  Körpergröße \_\_\_\_\_

Diabetiker; BE \_\_\_\_\_  Lebensmittel-Unverträglichkeiten \_\_\_\_\_

### 4. HÖR- UND SEHFÄHIGKEIT

#### Hörfähigkeit

keine Einschränkung  leichte Einschränkung  starke Einschränkung  taub

Hilfsmittel:  Hörgerät rechts  Hörgerät links

#### Sehfähigkeit

keine Einschränkung  leichte Einschränkung  starke Einschränkung  blind

Hilfsmittel:  Brille  Lesegerät

Kontaktlinsen  Glasauge links  Glasauge rechts



## 5. MOBILITÄT

gehfähig

nicht gehfähig

bettlägerig

Hilfsmittel:

Gehstock

Rollator

Rollstuhl

Prothesen

## 6. GEISTIG-SEELISCHE SITUATION

keine Einschränkung

unruhig

desorientiert

aggressiv

bei Tag

zur Person

depressiv

bei Nacht

zeitlich

manisch

örtlich

suizidal

situativ

Hinlauftendenz

## 7. MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Medikation, einschließlich Bedarfsmedikation mit Dosis:

---

---

---

---

Arzneimittel-Allergien:

---

---

---

Behandlungspflege:

---

---

## 8. BESONDERE HINWEISE

---

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes