

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 ja² _____

Inkontinenz nein ja² _____

Dekubitus nein ja³ _____

ansteckende Krankheiten¹ nein ja² _____

¹ z. B. MRSA, HIV, TBC ² Diagnose ³ Ort

3. ERNÄHRUNGSSITUATION

Vollkost Sonderkost Gewicht _____

Diätkost _____ Ernährungssonde Körpergröße _____

Diabetiker; BE _____ Sonstiges _____

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 Glasaug links Glasaug 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