

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur Aufnahme

Vor- und Zunahme _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

die oben genannte Person zieht bald in unser Haus ein. Wir bitten Sie, die für uns pflegerelevanten Informationen zu dokumentieren. Bitte legen Sie weiterhin einen **aktuellen Medikamentenplan** bei.

Vielen Dank schon jetzt für die gute Zusammenarbeit

Ihr Team im Seniorenzentrum an der Elz

Hauptdiagnosen / Operationen

Weitere Diagnosen und Symptome:

Pflegegrad	<input type="checkbox"/> PG 2	<input type="checkbox"/> PG 3	<input type="checkbox"/> PG 4	<input type="checkbox"/> PG 5
Größe	_____		Gewicht	_____
Allergien / Medikamenten- unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche:	_____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche:	_____
Suchtkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche:	_____
infektiöse Krankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche:	_____

THEMA	AUTORENTEAM	FREIGABEDATUM	ÄNDERUNG	SEITE
ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN	HL	18.01.2022	20.02.2025	1/3

Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo	_____
	Lokalisation _____			
Kontrakturen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo	_____

Chron. Wunden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo	_____
	Lokalisation _____			
Sonde	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art	_____
Katheter / Stoma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art	_____
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art	_____
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art	_____
Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schwere:	_____
Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schwere:	_____
Sprachstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schwere:	_____
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schwere:	_____
Ruhe/Schlafstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitw.	<input type="checkbox"/> dauerh.	
Hinlauff Tendenzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

Orientierung	vorhanden	fehlt teilweise	fehlt dauernd
→ Zu Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturzrisiko	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

THEMA	AUTORENTEAM	FREIGABEDATUM	ÄNDERUNG	SEITE
ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN	HL	18.01.2022	20.02.2025	2 / 3

Fachärzte

Physio / Logo / Ergo, weitere Therapeuten:

Besonderheiten:

Die Aufnahme in ein Heim ist mit dem/der Patientin besprochen. Der/Die Patient/in ist

einverstanden nicht einverstanden Verständigung nicht möglich

Die Aufnahme in ein Pflegeheim wird aus ärztlicher Sicht befürwortet.

Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

_____ / Praxisstempel

THEMA	AUTORENTEAM	FREIGABEDATUM	ÄNDERUNG	SEITE
ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN	HL	18.01.2022	20.02.2025	3/ 3