

Asselbachstraße 14 • 53842 Troisdorf-Spich

Tel.: 02241 9507-0 • Fax: 02241 9507-37

## 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 Liegen Anzeichen einer ansteckenden Lungentuberkulose vor?  ja  
 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  ja  nein  zeitweise

- 5.2 beim Waschen  ja  nein  zeitweise
- 5.3 beim An- und Auskleiden  ja  nein  zeitweise
- 5.4 bei der Medikamenteneinnahme  ja  nein  zeitweise
- 5.5 beim Frisieren  ja  nein  zeitweise
- 5.6 beim Aufstehen  ja  nein  zeitweise
- 5.7 beim Benutzen der Toilette  ja  nein  zeitweise
- 5.8 sonstige Hilfen  ja  nein  zeitweise

Wenn ja, welche? .....

## 6. Ausscheidungshilfen

- 6.1 suprapubische Blasenfistel  letzter Katheterwechsel:.....
- 6.2 Blasenverweilkatheter  Größe des Katheters: .....
- 6.3 Einlagen/Schutzhosen
- 6.4 Anus Praeter

## 7. Werden Hilfsmittel benutzt?

- 7.1 Rollator
- 7.2 Rollstuhl
- 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