

Frau / Herr _____
(mit der Bitte um Rückgabe)



Seniorenwohnen
Jestetten

Burgweg 6 · 79798 Jestetten
Telefon 0 77 45 / 92 04 - 0
Telefax 0 77 45 / 92 04 - 99

info@seniorenwohnen-jestetten.de
www.seniorenwohnen-jestetten.de

Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme im Seniorenwohnen Jestetten

Name, Vorname

geb. am

Wohnort, Straße, Hausnummer

1. Untersuchungsbefund

- **körperlicher Befund**
(z.B. Fähigkeiten der Arme und Beine, Sehfähigkeit usw.)

- **geistig seelischer Befund**
(z.B. Orientierung, Gemütsverfassung, welche geistigen Behinderungen usw.)

- **Krankheitsbezeichnung (Diagnose)**

- **bisherige medikamentöse Behandlung**

Welche der oben genannten Befunde erfordern überwiegend die Heimaufnahme?

2. Wo ist Hilfe erforderlich?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aufstehen / Hinlegen | <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette |
| <input type="checkbox"/> Stehen und Gehen | <input type="checkbox"/> Waschen |
| <input type="checkbox"/> Sitzen | <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden |
| | <input type="checkbox"/> Essen |

3. Ist die untersuchte Person bettlägerig? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Krankheit _____

4. Bedarf die untersuchte Person der psychiatrischen Behandlung? ja nein

5. Bestanden Suchten? ja nein

Wenn ja, welche

- Alkohol
- Drogen
- Medikamente

6. Bestehen Allergien und / oder Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche _____

7. Sonstige für die Heimunterbringung wichtige Fragen:

Ist die untersuchte Person

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • für sich oder andere gefährlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • distanzloses Verhalten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • verwahrlost | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • besteht Stuhl- und / oder Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • ansteckende Krankheiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • MRSA / VRE / MRGN / sonstige multiresistente Erreger | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Verlust des Orientierungsvermögens | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Anfallhäufigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Diät ernährung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Dekubitus mit Lokalisation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Kachexie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Covid-19 geimpft (Zertifikate beilegen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

8. Prognose

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Stempel