

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](mailto:info@seniorenwohnen-jestetten.de)  
[www.seniorenwohnen-jestetten.de](http://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?

Wenn ja, welche

- ja  nein
- 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 |

## 8. Prognose

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

\_\_\_\_\_  
Stempel