

Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme ins Pflegeheim

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Adresse _____

Wohnort _____

Diagnose

Physisch

Psychisch

Letzter Aufenthalt/Behandlung in einer Institution:

Pflegebedürftigkeit

Bettlägrigkeit	nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	voll <input type="checkbox"/>
Gehfähigkeit	selbstständig <input type="checkbox"/>	an Stöcken <input type="checkbox"/>	am Rollator <input type="checkbox"/>
Inkontinenz für Urin	nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Inkontinenz für Stuhl	nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Selber ankleiden	ja <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Selber Körperpflege durchführen	ja <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Selber essen	ja <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Selber trinken	ja <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nachts ruhig	ja <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Verordnete Medikamente und Reservemedikamente:

Reanimation: ja nein

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes:
