

Ärztliches Zeugnis zur Heimanmeldung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Diagnose(n)

Ansteckungsfähige Erkrankung nein ja, folgende: _____

Bewegungsfähigkeit

normal bettlägerig zeitweise bettlägerig

eingeschränkt, wie: _____

Fremde Hilfe erforderlich bei/beim

Körperpflege

Waschen Baden/Duschen Kämmen/Rasieren Darm-/Blasenentleerung
 Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Stomaversorgung _____

Bemerkungen _____

Ernährung

selbständig Mundgerechte Zubereitung Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
 Normalkost Diät _____ Sondenernährung

Bemerkungen _____

Mobilität

Aufstehen/Hinlegen Stehen Gehen An-/Ausziehen

Bemerkungen _____

Geistig-Seelischer Zustand

unauffällig nicht ansprechbar örtlich u. zeitl. desorientiert desorientiert zu Personen
 motorisch unruhig Gefahr des Weglaufens psychisch krank Suchterkrankung

Bemerkungen _____

Ernährungs- und Kräftezustand

normal _____ Größe in cm _____ Gewicht in kg _____

Sehfähigkeit normal eingeschränkt blind

Hörfähigkeit normal eingeschränkt taub

Für die Richtigkeit

Ort, Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt

Stempel