

Ärztliches Zeugnis

- zur Aufnahme in die stationäre Pflege -

Name

Vorname

Geburtsdatum

Hauptdiagnosen:

siehe Ausdruck als Anlage

Demenzerkrankung bekannt

Ansteckende/
übertragbare
Krankheiten?

Tuberkulose der Atmungsorgane ja nein

Vorschrift nach § 35 Abs. 5 des Infektionsschutzgesetzes

MRSA ja nein

Hepatitis ja nein

Sonstige:

Schutzimpfungen

Impfausweis vorhanden ja nein

Impfschutz vorhanden Tetanus Gripeschutz

Allergien/
Unverträglichkeiten

vorhanden ja nein nicht bekannt

Allergiepass vorhanden ja

Geistig
psychischer
Zustand

unauffällig

nicht ansprechbar

auffällig

desorientiert

psychisch krank

Suchterkrankung

Ernährungs-
zustand

unauffällig

PEG

Magensonde

Untergewicht

Übergewicht

Kcal. pro Tag: _____

Diät notwendig? nein ja; welche: _____

Trinkmenge pro Tag Mindestens _____ ml Maximal _____ ml

Seh- u.
Hörfähigkeit

unauffällig
eingeschränkt

Seh-

Hörfähigkeit

blind re/ li

taub re/ li

Bewegungs-
fähigkeit

unauffällig

eingeschränkt

bettlägerig

Lähmungen wenn ja, welcher Art

Kontrakturen wenn ja, welcher Art

