

Klosterstraße 57 • 53340 Meckenheim  
Tel.: 02225 9801-600 • Fax 02225 9801-620

## Ärztliche Bescheinigung zum Einzug in die Kurzzeitpflege/ Hausgemeinschaften / das Seniorenhaus

Name:.....Vorname:.....

Geburtsdatum ..... Anschrift:.....

### 1. Bestehende Krankheiten und/oder Behinderungen (bitte deutlich schreiben)

.....  
.....

### 2. Welche von diesen ist der entscheidende Faktor für den Einzug?

.....

### 3. Bestehen Infektionserkrankungen?

- MRSA letzte Untersuchung am ..... Ergebnis:.....  
 TBC  
 andere .....

### 4. Folgende Behinderungen liegen vor:

- |                               |                             |                               |                                    |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 4.1 Gehunfähigkeit            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.2 Bettlägerigkeit           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.3 Urininkontinenz           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.4 Stuhlinkontinenz          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.5 zeitliche Desorientierung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.6 örtliche Desorientierung  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.7 Hin-/ Weglauftendenz      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.8 motorische Unruhe         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.9 Nächtliche Unruhe         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.10 Wahnvorstellungen        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4.11 Suchtkrankheiten         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |

Wenn ja, welche?.....

**5. Folgende Hilfen sind erforderlich:**

- 5.1 beim Essen  ja  nein  zeitweise
- 5.2 beim Waschen  ja  nein  zeitweise
- 5.3 beim An- und Auskleiden  ja  nein  zeitweise
- 5.4 bei der Medikamenteneinnahme  ja  nein  zeitweise
- 5.5 beim Frisieren  ja  nein  zeitweise
- 5.6 beim Aufstehen  ja  nein  zeitweise
- 5.7 beim Benutzen der Toilette  ja  nein  zeitweise
- 5.8 sonstige Hilfen  ja  nein  zeitweise

Wenn ja, welche? .....

**6. Ausscheidungshilfen**

- 6.1 suprapubische Blasenfistel  letzter Katheterwechsel:.....
- 6.2 Blasenverweilkatheter  Größe des Katheters: .....
- 6.3 Einlagen/Schutzhosen
- 6.4 Anus Praeter

**7. Werden Hilfsmittel benutzt?**

- 7.1 Rollator
- 7.2 Rollstuhl
- 7.3 Sonstige.....

**8. Ist eine Diät/Schonkost erforderlich?**

- nein  Ja, welche.....

**9. Besteht eine bekannte Allergie? (z.B. Nahrungsmittel, Medikamente)**

- nein, nicht bekannt  Ja Welche:.....

**10. Sonstige Bemerkungen:.....**

Die häusliche Versorgung ist nicht mehr sichergestellt, so dass der Einzug in eine voll-stationäre Pflegeeinrichtung erforderlich ist. Ja  Nein

**WICHTIG:** Die aktuelle ärztliche Medikamentenverordnung, einschließlich Bedarfsmedikation/Indikation (mit Stempel und Unterschrift) bitte unbedingt zum Einzug mitgeben. Vielen Dank!

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes