

## Ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung im AWO Seniorenzentrum Süssendell

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Dat. \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ KV Nummer: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Pflegegrad :**     0     I     II     III     IV     V     nicht bekannt

Diagnosen und/oder Behinderungen (bitte die für die Heimaufnahme entscheidende Diagnose oder Behinderung unterstreichen)

---



---



---

	nein	ja
Besteht eine Betreuung/Notwendigkeit einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (z.B. Gesundheitsfürsorge)?	( )	( )
wenn ja, welche _____		

Bestehen ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, MRSA, Clostridien, Hepatitis )?	( )	( )
wenn ja, welche _____		

Bestehen ansteckende Krankheiten/ Gründe einer Isolierung aufgrund von multiresistenten Erregern	( )	( )
wenn ja, welche : _____ ( ) 3MRGN oder ( ) 4 MRGN		

Ist aufgrund einer ansteckenden Infektionskrankheit die Unterbringung in einem Einzelzimmer notwendig	( )	( )
---	-----	-----

Besteht eine Suchtkrankheit oder Suchtgefährdung?	( )	( )
wenn ja, welche _____		

Bestehen psychische Störungen?	( )	( )
wenn ja, welche _____		

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?	( )	( )
wenn ja, welche _____		

Ist der/die zukünftige Bewohner/-in Marcumpatient/-in? _____	( )	( )
--	-----	-----

Ist Diät oder Schonkost erforderlich?	( )	( )
wenn ja, welche _____		

Frau/Herr \_\_\_\_\_ ist

	zeitw.	nein	ja
- ständig bettlägerig.....	( )	( )	( )
- geh- und stehfähig.....	( )	( )	( )
<b>orientiert</b>			
- zum Ort.....	( )	( )	( )
- zur Zeit.....	( )	( )	( )
- zur Person.....	( )	( )	( )
- zur Situation.....	( )	( )	( )

**AWO Seniorenzentrum Süssendell**

	zeitw.	nein	ja
<b>kontinent</b>			
- für Urin	( )	( )	( )
- für Stuhl	( )	( )	( )
- imstande, alleine zu gehen	( )	( )	( )
- auf Hilfsmittel angewiesen (Rollstuhl, Gehilfe, _____)	( )	( )	( )
- imstande, alleine zu Bett zu gehen/aufzustehen	( )	( )	( )
- imstande, sich alleine zu waschen	( )	( )	( )
- imstande, sich alleine an- und auszukleiden	( )	( )	( )
- imstande, selbständig zu essen	( )	( )	( )
- imstande, selbständig zu trinken	( )	( )	( )
- imstande, alleine die Toilette zu benutzen	( )	( )	( )
- besteht eine starke motorische Unruhe:	( )	( )	( )
wie äußert sich diese?	( )	( )	( )
- _____			
- _____			
- _____	( )	( )	( )
- besteht eine Weglauftendenz?	( )	( )	( )

**Besondere Pflegesituation:**

Schwerlastbett nötig?	( )	( )
Sauerstoffversorgung nötig?	( )	( )
PEG Pumpe nötig?	( )	( )
Stoma Versorgung nötig?	( )	( )
Absaugen nötig?	( )	( )
Weichlagerung / Wechseldruck nötig?	( )	( )
Bestehende Wunden:	( )	( )

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

<b>Interner Vermerk:</b>	
Datum	Einverständnis Pflegeleitung