

## Ärztliche Bestätigung

anlässlich der Heimaufnahme

Bürgerspital z. Hl. Geist  
Stiftungsverwaltung  
Theaterstr. 19

97070 Würzburg

Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung in verschlossenem Umschlag an nebenstehende Adresse. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt.

**1. Name:** \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### 2. Krankheitsdiagnosen / Gesundheitszustand

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose           | <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Katarakt /Grauer Star | <input type="checkbox"/> cerebrale Anfallsleiden  |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen     | <input type="checkbox"/> Bronchitis        | <input type="checkbox"/> Glaukom /Grüner Star  | <input type="checkbox"/> Depression               |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt (wann?) _____ | <input type="checkbox"/> Emphysem          | <input type="checkbox"/> Sehschwäche           | <input type="checkbox"/> manisch-depr. Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie                | <input type="checkbox"/> Pneumonie         | <input type="checkbox"/> Amaurose /Blindheit   | <input type="checkbox"/> Alzheimererkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Hypotonie                 | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Hörschwäche           | <input type="checkbox"/> Parkinsonsche Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris           | <input type="checkbox"/> Gicht             | <input type="checkbox"/> Taubheit              | <input type="checkbox"/> Demenz                   |
| <input type="checkbox"/> Apoplex (wann?) _____     | <input type="checkbox"/> Thrombose         | <input type="checkbox"/> Angstsyndrom          | <input type="checkbox"/> Sucht (welche?) _____    |

sonst. Diagnosen: \_\_\_\_\_

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Harninkontinent  | <input type="checkbox"/> Aphasie                   | <input type="checkbox"/> Kontrakturen (welche?) _____      |
| <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinent | <input type="checkbox"/> Hemiplegie rechts / links |  |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühle | <input type="checkbox"/> Sturzgefahr               | <input type="checkbox"/> Dekubitus (wo, Grad, Größe) _____ |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit    | <input type="checkbox"/> Ödeme                     | _____  |
| <input type="checkbox"/> komatös          | <input type="checkbox"/> Amputation _____          | <input type="checkbox"/> Schmerzen (welche?) _____         |

### 3. Hilfsmittel

- |                                     |  |   |  |
|-------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stock      | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter               | <input type="checkbox"/> Brille               | <input type="checkbox"/> Hörgerät                |
| <input type="checkbox"/> Rollator   | <input type="checkbox"/> Krankenfahrstuhl            | <input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe | <input type="checkbox"/> Anti-Thrombose-Strümpfe |
| <input type="checkbox"/> Gehgestell | <input type="checkbox"/> Prothesen (Zähne, Arm/Bein) | <input type="checkbox"/> sonstiges _____      |  |

### 4. Stimmungslage und Verhalten

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> sozial angemessenes Verhalten | <input type="checkbox"/> zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> zur Person orientiert    |
| <input type="checkbox"/> verbale Aggressivität         | <input type="checkbox"/> örtlich orientiert  | <input type="checkbox"/> traurige Stimmungslage   |
| <input type="checkbox"/> körperl. Aggressivität        | <input type="checkbox"/> situativ orientiert | <input type="checkbox"/> ängstliche Stimmungslage |
| <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung              | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz      |   |

**5. Pflege**

selbständig

bedingt  
selbständig  
(begrenzte Hilfe)teilweise  
unselbständig  
(verstärkte Hilfe)

unselbständig

Waschen	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Duschen / Baden	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Zahnpflege	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Kämmen/Rasieren	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Darm-/Blasenentleerung	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Benutzen der Toilette	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
mundgerechte Nahrungszubereitung	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Nahrungsaufnahme	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Aufstehen/Zubettgehen	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Transfer Bett - Stuhl	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
An- und Auskleiden	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Sitzen	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Stehen	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Gehen	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Treppensteigen	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

**6. Ernährung**

[ ] Normalkost    [ ] Zuckerdiät    [ ] Leichte Kost    [ ] Flüssignahrung    [ ] passierte Kost    [ ] Sonde

**7. Letzte stationäre Behandlung:**

[ ] Akutkrankenhaus    [ ] Psychiatrie    [ ] Rehabilitation    von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

**8. (Weitere) fachärztliche Behandlung** durch: \_\_\_\_\_ Fachrichtung \_\_\_\_\_

**9. Aktuelle Medikation**


---



---

**10. Ausschluss ansteckender Krankheiten****wichtig**

Liegen Anhaltspunkte für ansteckende Krankheiten insbesondere für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vor? (u. a. Nachweis gem. § 36 Abs. 4 IfSG)

[ ] nein    [ ] ja, \_\_\_\_\_

**11. Empfohlene Versorgung**

[ ] Altenwohnheim / Altenheim    [ ] Stationäre Pflege    [ ] beschützende Abteilung  
(Gerontopsychiatrie)

**12. Besonderer Hinweis:** \_\_\_\_\_

Diese Bestätigung wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Name des Arztes

Tel. Nr. für Rückfragen