

Ärztliche Bestätigung
Aufnahme in ein Seniorenheim/
Seniorenwohnstift
bzw. Aufnahme zur Kurzzeitpflege/ Tagespflege



Senioreneinrichtung:

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

1. Name: _____ geb.: _____

Adresse: _____

2. Ärztliche Diagnosen

Krankheiten des Kreislaufsystems: _____

Endokrinopathien und Stoffwechselstörungen: _____

Krankheiten des Verdauungssystems: _____

Krankheiten des Urogenitalsystems: _____

Krankheiten des Skelettes, der Muskeln: _____

Krankheiten der Sinnesorgane: _____

Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems: _____

sonst. Diagnosen (Schluckstörungen, Sucht...): _____

Kontrakturen (welche?): _____

Sturzrisiko: _____

Dekubitus / Dekubitusrisiko (wo, Grad, Größe): _____

Inkontinenz: _____

3. Hilfsmittel

Stock Brille Hörgerät Dauerkatheter

Rollator Krankenfahrstuhl (Rollstuhl) orthopädische Schuhe Anti-Thrombose-Strümpfe

Zahnprothese Prothesen (Arm/ Bein) Sauerstoffgerät sonstiges _____

4. Stimmungslage und Verhalten

sozial angemessenes Verhalten zeitlich orientiert Unruhezustände

verbale Aggressivität örtlich orientiert traurige Stimmungslage

körperl. Aggressivität situativ orientiert ängstliche Stimmungslage

Selbstgefährdung zur Person orientiert Hinlauftendenz/ Weglauftendenz

5. Ärztliche Einschätzung zur Pflegebedürftigkeit

	Ärztlicherseits nicht bekannt	selbstständig	bedingt selbstständig (begrenzte Hilfe)	teilweise unselbstständig (verstärkte Hilfe)	unselbstständig
Mobilität	[]	[]	[]	[]	[]
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	[]	[]	[]	[]	[]
Selbstversorgung (z.B. Waschen, An- und Auskleiden)	[]	[]	[]	[]	[]
Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	[]	[]	[]	[]	[]
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	[]	[]	[]	[]	[]
Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen	[]	nie []	selten []	häufig []	täglich []

6. Ernährung (aktueller Status)

[] Normalkost [] passierte Kost [] PEG-Sonde [] Nasen-Sonde [] Sonderkostformen (diätetisch, lactosefrei...) _____

Sonstige Hinweise zur Ernährung: _____

7. Letzte stationäre Behandlung:

[] Akutkrankenhaus [] Psychiatrie [] Rehabilitation von: _____ bis: _____

Ort: _____ Grund: _____

8. (Weiterer) Therapie-/Rehabilitationsbedarf

[] Ergotherapie [] Physiotherapie [] Logopädie [] Mobie geriatrische Rehabilitation

9. (Weitere) fachärztliche Behandlung durch: _____ Fachrichtung _____

10. Aktuelle Medikation (bzw. Medikationsplan § 31a SGB V „E-Health-Gesetz“)

11. 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, _____

12. Empfohlene Versorgung

[] Betreutes Wohnen / Altenheim (ohne Pflege) [] Stationäre Pflege [] beschützende Einrichtung (Gerontopsychiatrie)

13. Hausärztliche Versorgung übernimmt [] Unterzeichnender Arzt [] _____

14. Besondere Hinweise: _____

Diese Bestätigung wurde ausgefüllt von: _____

Name des Arztes

Tel. Nr. für Rückfragen

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ärztliche Bestätigung

Teil 2

Name des Patienten: _____ geb.: _____

Hiermit bestätige ich, dass mein o.g. Patient nach ärztlicher Untersuchung frei von Symptomen des SARS-CoV-2 ist.

Ein Scening (inklusive SARS-CoV-2 Testung) wurde spätestens 48 Std. vor dem vorgesehenen Einzugstermin durchgeführt.

Das Ergebnis des Scening wird am Tag vor der geplanten Heimaufnahme der Einrichtungsleitung/ Pflegedienstleitung übermittelt. Eine Aufnahme ist nur mit negativem Ergebnis der SARS-CoV-2 Testung möglich.

Etwaige wahrnehmbare Änderungen zur Befindlichkeit meines Patienten bis zum Zeitpunkt der Heimaufnahme teile ich unverzüglich und unaufgefordert der Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung mit.

Bei Aufnahme aus einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung:

Mein o.g. Patient wurde/wird unmittelbar vor der Heimaufnahme ohne sonstige Zwischenaufenthalte in einer 14-tägigen medizinisch-fachlichen Schutzisolation (Quarantäne) betreut.

Ja (geplante Aufnahme)

nein (akute Aufnahme)

Name des Arztes

Tel. Nr. für Rückfragen

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Teil 2 der ärztlichen Bestätigung bitte 1 – 2 Tage vor geplanter Heimaufnahme der Senioreneinrichtung zuleiten.

Ohne Vorliegen der vollständigen Ärztlichen Bestätigung (inklusive Teil 2 und SARS-CoV-2 Testung) ist eine Heimaufnahme leider nicht möglich.