

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



Senioreneinrichtung:

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

Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung in verschlossenem Umschlag an die betreffende Senioreneinrichtung. 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) Therapiebedarf

Ergotherapie     Physiotherapie     Logopädie

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