

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



Stiftung Bürgerspital z. Hl. Geist
Seniorenberatung
Sammelstraße 2-4
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. 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. (Weitere) fachärztliche Behandlung durch: _____ Fachrichtung _____

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

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

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

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

13. Besondere Hinweise: _____

Diese Bestätigung wurde ausgefüllt von: _____

Name des Arztes

Tel. Nr. für Rückfragen

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes