

St. Marienhaus, Talstr. 31, 79102 Freiburg, Tel: 0761/7055-1000, Fax: 0761/7055-1005

Fr. Jandt,  Hr. Waibel

Wohnheim St. Johann, Kirchstr. 13, 79100 Freiburg, Tel.: 0761/7055-300, Fax 0761/7055-399

Hr. Palmisciano

Datum des Eingangs: .....

## Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur Heimaufnahme

(bitte zusammen mit dem Anmeldebogen einreichen)

Vor- und Zuname ..... Geburtsdatum .....

Hauptdiagnosen .....

Weitere Diagnosen und Symptome:

**Psychische Erkrankung?**  nein  ja, welche? .....

**Suchtkrankheit?**  nein  ja, welche? .....

**Ansteckende Krankheit?**  nein  ja, welche? .....

**Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose?**  nein  ja **MRSA?**  nein  ja

**Allergien?**  nein  ja, welche? .....

**Hörbehinderung?**  nein  leichte  schwere **Sehbehinderung?**  nein  leichte  schwere

**Sprachstörung?**  nein  leichte  schwere **Schluckstörung?**  nein  leichte  schwere

**Dekubitus?**  nein  ja, wo? ..... **Kontrakturen?**  nein  ja, wo? .....

**Körpergewicht:** ..... **Körpergröße:** .....

**Täglicher Hilfebedarf** in Form der Beaufsichtigung oder Anleitung (B/A), der Unterstützung (U), teilweisen Übernahme (TÜ) oder vollständigen Übernahme (VÜ) bei der

### Körperpflege

	Kein	B/A	U	TÜ	VÜ		nein	zeitweise	dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		nein	ja	
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katheterpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomapflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Ernährung

	Kein	B/A	U	TÜ	VÜ	
Mundgerechte Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist eine besondere Ernährung erforderlich?
Aufnahme der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonde <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? .....						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? .....

### Mobilität

	Kein	B/A	U	TÜ	VÜ	
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liegt Bettlägerigkeit vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ankleiden/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Werden Pflegehilfsmittel benötigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? .....
Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bereits vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verlassen des Hauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bereits verordnet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Orientierung

	vorhanden	fehlt teilweise	fehlt dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ruhe/Schlaf

	nein	zeitweise	dauernd
nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tags unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Weglauftendenz?**  nein  ja

Liegt Rehabilitationsfähigkeit vor?  ja  nein  noch unklar

Besonderheiten .....

Die Aufnahme in ein Heim ist mit dem/der Patient/in besprochen. Der/die Patient/in ist

einverstanden  nicht einverstanden  Verständigung nicht möglich

Die Aufnahme in ein Pflegeheim wird aus ärztlicher Sicht befürwortet.

Datum, Unterschrift des Arztes