



Ärztliches Zeugnis

Patient

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Derzeitiger Aufenthalt	
Seit	

1 | Diagnosen

1.1 Pflegerelevanten Diagnosen

1.	
2.	
3.	

1.2 Nebendiagnosen

1.	
2.	
3.	

2 | Anamnese

(Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte)

1.	
2.	
3.	



3 | Medikamente

seit:

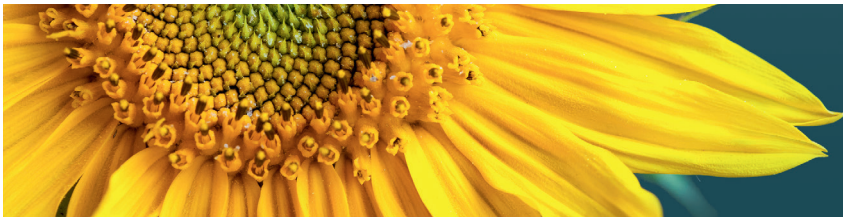
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

4 | Pflegebedürftigkeit

4.1 Psychischer Zustand

- unauffällig
- Verwirrtheit, Desorientierung
- mit ruhigem Verhalten
- mit unruhigem Verhalten
- mit Tendenz zur Aggression
- mit Weglauf-Tendenz
- mit Störungen des Wach- / Schlaf-Rhythmus
- depressiv-passives Verhalten
- depressiv-manisches Verhalten
- paranoid
- Nikotin-Abusus
- Alkohol-Abusus
- Medikamenten-Abusus

Bemerkungen:



4.2 Physischer Zustand

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> Bewegungsbehinderung |
| <input type="checkbox"/> starke Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> stark behindernde Anomalie |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> stark behindernde Kontrakturen |
| | <input type="checkbox"/> Zustand nach Gliedmaßen-Amputation |
| | <input type="checkbox"/> extrapyramidales WS-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> schwere Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Schluckstörung |
| <input type="checkbox"/> Nährsonde | <input type="checkbox"/> Diät |
| <input type="checkbox"/> Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz |
| <input type="checkbox"/> DK t.u. | <input type="checkbox"/> DK s.p. |
| <input type="checkbox"/> Anus praeter | <input type="checkbox"/> Dekubitus, Grad: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Unterernährung | <input type="checkbox"/> Kachexie |
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> chronische, starke Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Insulinpflicht: <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> offene Tb | |
| <input type="checkbox"/> MSRA | |
| <input type="checkbox"/> Dauer-Antikoagulation: <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Apoplexie – Wann? <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> restituiert, ohne Lähmung | |
| <input type="checkbox"/> mit zentralen Lähmungen | <input type="checkbox"/> Hemiparese |
| | <input type="checkbox"/> Hemiplegie |
| | <input type="checkbox"/> Tetraplegie |
| | <input type="checkbox"/> Paraplegie |
| | <input type="checkbox"/> periphere Lähmungen |

Bemerkungen:



4.3 Hilfebedürftigkeit

Patient ist auf Hilfe angewiesen bei:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gehen auf ebenem Boden | <input type="checkbox"/> Treppen steigen |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen / Zubettgehen | <input type="checkbox"/> An- / Auskleiden |
| <input type="checkbox"/> Waschen / Baden | <input type="checkbox"/> Einnehmen von Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Benützung der Toilette | <input type="checkbox"/> Patient ist bettlägerig |

Hilfebedarf in diesem Ausmaß seit:

4.4 Hilfsmittel

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Gehwagen |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Prothese (Arm/ Bein) |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Brille |

Herzschrittmacher, seit:

Bestehen weitere ansteckende Krankheiten ?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ist der Patient mit der Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung einverstanden?

- Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel:

Für eine sorgfältige Bearbeitung danken wir Ihnen herzlich.

Bitte zurückgeben / -senden / -faxen an die:

Helianthum[®] Lebensstätte
Sonnenblumenweg 5 · 78256 Steißlingen
Telefon 07738 | 93 93-0 · Fax 07738 | 93 93 93