



# 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