

# Ärztliches Zeugnis

- zur Aufnahme in die stationäre Pflege -

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Hauptdiagnosen:

siehe Ausdruck als Anlage

Demenzerkrankung bekannt

Ansteckende/  
übertragbare  
Krankheiten?

Tuberkulose der Atmungsorgane  ja  nein

Vorschrift nach § 36 Abs. 4 des Infektionsschutzgesetzes

MRSA  ja  nein

Hepatitis  ja  nein

Sonstige:

Schutzimpfungen

Impfausweis vorhanden  ja  nein

Impfschutz vorhanden  Tetanus  Gripeschutz

Allergien/  
Unverträglichkeiten

vorhanden  ja  nein  nicht bekannt

Allergiepass vorhanden  ja

Geistig  
psychischer  
Zustand

unauffällig

nicht ansprechbar

auffällig

desorientiert

psychisch krank

Suchterkrankung

Ernährungs-  
zustand

unauffällig

PEG

Magensonde

Untergewicht

Übergewicht

Kcal. pro Tag: \_\_\_\_\_

Diät notwendig?

nein

ja; welche: \_\_\_\_\_

Trinkmenge pro Tag  
ml

Mindestens \_\_\_\_\_ ml Maximal \_\_\_\_\_ ml

Seh- u.  
Hörfähigkeit

unauffällig

Seh-

Hörfähigkeit eingeschränkt

blind re/ li  taub re/ li

Bewegungs-  
fähigkeit

unauffällig

eingeschränkt

bettlägerig

Lähmungen wenn ja, welcher Art

Kontrakturen wenn ja, welcher Art

**Freiheits-  
entziehende  
Maßnahmen  
notwendig?**

ja; welcher Art:

**Atmung**

O<sup>2</sup>-Gabe erforderlich     Tracheostoma seit: \_\_\_\_\_

Schlafapnoe (SAS)     Rhonchopathie

**Ausscheiden**

Inkontinenz

Harn     ja;  gelegentlich     dauerhaft

Wenn ja, welche Art: \_\_\_\_\_

Stuhl     ja;  gelegentlich     dauerhaft

Hilfsmittel:     DK     SPK Ch. \_\_\_ nächster Wechsel: \_\_\_\_\_

Anuspraeter     Urostoma / Nephrostoma

**Wundbehandlung**

ja;     Dekubitus Grad (I – IV): \_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**Medikamente**

siehe Ausdruck zur Anlage

Antikoagulantia     Insulin

**Kreislauf /  
Vitalwerte**

Blutdruck    Schwellenwert systolisch    \_\_\_\_\_ mmHg

                  Schwellenwert diastolisch    \_\_\_\_\_ mmHg

PulsfrequenzSchwellenwert    \_\_\_\_\_ Schläge/Min

Bekannte Arrhythmie     ja     nein

Herzschritmacher     ja

*Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der oben genannten Person.*

Ort/ Datum/ Stempel und Unterschrift