



Ärztliche Bescheinigung

zur Aufnahme in Haus Gottesdank

Gesundheitszustand von

| | | | |
|--------------|--|------------|--|
| Frau / Herrn | | geboren am | |
| wohnhaft | | | |

| | |
|---|--|
| Zur Zeit in stationärer Krankenhausbehandlung seit: | |
| Name des Krankenhauses: | |

A. Unterstützung bzw. Übernahme zur körperlichen Pflege ist notwendig bei:

| | |
|---------------------------|---------------------------------|
| 1. Aufstehen aus dem Bett | 5. Essen und Trinken |
| 2. Waschen / Baden | 6. Benutzen der Toilette |
| 3. Frisieren, Rasieren | 7. Harn- und Stuhlinkontinenz |
| 4. An- und Ausziehen | 8. Patient / in ist bettlägerig |

B. Hilfe zur Teilnahme am Gemeinschaftsleben notwendig, weil Patient / in

| | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. nicht allein gehen kann | 5. die äußeren Lebensbedingungen |
| 2. einen Rollstuhl benutzen muss | (Einkaufen, Behördengänge, Teilnahme |
| 3. schlecht sieht | an kulturellen Veranstaltungen usw.) |
| 4. schlecht hört | nicht allein bewältigen kann. |

C. Bestehen ansteckende Krankheiten:

| | |
|--|--|
| 1. Der / Die Patient / in ist frei von ansteckenden Krankheiten (z.B. Tuberkulose, Norovirus, Salmonellen) | |
| 2. Beim Patienten/Patientin wurde keine MRSA-Besiedelung nachgewiesen | |

D. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung) ?

.....

.....

E. Besteht eine Suchtkrankheit ?

.....

.....

F. Liegen psychische Störungen (wenn ja, welcher Art) ?

.....

.....

G. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art) ?

.....

.....

H. Der / die Patientin ist / nicht orientiert

Wenn nicht - bitte ergänzen

| | |
|------------|--|
| persönlich | |
| zeitlich | |
| örtlich | |
| zeitweise | |
| ständig | |

I. Aus ärztlicher Sicht sind Maßnahmen im

Rahmen des Betreuungsgesetzes nötig

| | |
|-------------|--|
| Ja | |
| nein | |
| eingeleitet | |

J. Diagnosen (siehe auch Punkt M):

| |
|-------|
| |
| |
| |
| |

K. Welche Medikamente müssen in welcher Dosierung derzeit genommen werden ?

| |
|-------|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

L. Ist Diät / Schonkost erforderlich ? Welche Art ?

| |
|-------|
| |
|-------|

M. Begründung für die Aufnahme in die Wohngemeinschaft von Haus Gottesdank:

| | |
|--|--|
| Die Patientin/der Patient leidet unter einer Demenz (ICD 10) | |
| Der Grad der Demenzerkrankung liegt derzeit bei | |

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes