

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

ARZTZEUGNIS

Stammdaten

Patient

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

in _____ am _____

Sanitätsausweis Matrikel Nr. _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Seit: _____

Anmeldung für

Heimaufnahme

Kurzzeitpflege

Tagespflege

Anmeldender Arzt:

(Stempel des Arztes oder der Krankenhausabteilung)

Name des Hausarztes:

Anmeldungsgrund

Diagnosen

Funktionelle Beschreibung mit Angabe von Art u. Grad der Unselbständigkeit, akuten Ereignissen, wichtigen Operationen (wo, wann):

Atmungsorgane

Herz-Kreislauforgane

Zerebrovaskulär

Arterien

Venen

Harnwege/Gynäkologie

Verdauungsorgane

Bewegungsapparat

Mobilität

Stoffwechsel

Diabetes Mellitus

Nervensystem

Parkinson-Syndrom

Psyche

Demenz

Depression

Sucht

Schmerz

Sinnesorgane

Haut

Dekubitus

Tumor

Behandlung

Medikamente:

	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Benötigt

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie

- besondere Diät (wenn ja, welche?):
- besondere Kostform (wenn ja, welche?):
- Enterale Ernährung

- Dauerkatheter
- Anus praeter
- Tracheale Aspiration
- O2-Langzeittherapie
- Ansteckende Krankheiten
- Anderes (bitte angeben):

Bemerkungen - Problemliste

(besondere Behandlungs- oder Pflegebedürfnisse, problematische Gewohnheiten oder Verhaltensweisen, soziale Verhältnisse u.a.m.)

- Alkoholabusus
- Raucher
- Funktionelle Behinderungen:
- Problematische Verhaltensweisen:
- Psychische Störungen:
- Andere (bitte angeben):
-

Anregungen und Empfehlungen des Arztes

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift
