

Ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung im

- Alfred-Delp-Altenzentrum Haus Aggerblick
 Kurzzeitpflege Tagespflege

Alfred-Delp-Straße 13 53840 Troisdorf
 Telefon 02241/802-0 Telefax 02241/802-112

Name _____ Vorname _____ Geb.-Dat. _____

Krankenkasse: _____ **KV Nummer:** _____

Anschrift _____

Pflegegrad : 0 I II III IV V nicht bekannt

Diagnosen und/oder Behinderungen (bitte die für die Heimaufnahme entscheidende Diagnose oder Behinderung unterstreichen)

	nein	ja
Besteht eine Betreuung/Notwendigkeit einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (z.B. Gesundheitsfürsorge)?	()	()
wenn ja, welche _____		

Bestehen ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, MRSA, Clostridien, Hepatitis)?	()	()
wenn ja, welche _____		

Bestehen ansteckende Krankheiten/ Gründe einer Isolierung aufgrund von multiresistenten Erregern	()	()
wenn ja, welche : _____ () 3MRGN oder () 4 MRGN		

Ist aufgrund einer ansteckenden Infektionskrankheit die Unterbringung in einem Einzelzimmer notwendig () ()

Besteht eine Suchtkrankheit oder Suchtgefährdung?	()	()
wenn ja, welche _____		

Bestehen psychische Störungen?	()	()
wenn ja, welche _____		

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?	()	()
wenn ja, welche _____		

Ist der/die zukünftige Bewohner/-in Marcumpatient/-in? _____ () ()

Ist Diät oder Schonkost erforderlich?	()	()
wenn ja, welche _____		

Frau/Herr _____ ist

	zeitw.	nein	ja
- ständig bettlägerig.....	()	()	()
- geh- und stehfähig.....	()	()	()
orientiert			
- zum Ort.....	()	()	()
- zur Zeit.....	()	()	()
- zur Person.....	()	()	()
- zur Situation.....	()	()	()

	zeitw.	nein	ja
kontinent			
- für Urin	()	()	()
- für Stuhl	()	()	()
- imstande, alleine zu gehen	()	()	()
- auf Hilfsmittel angewiesen (Rollstuhl, Gehilfe, _____)	()	()	()
- imstande, alleine zu Bett zu gehen/aufzustehen	()	()	()
- imstande, sich alleine zu waschen	()	()	()
- imstande, sich alleine an- und auszukleiden	()	()	()
- imstande, selbständig zu essen	()	()	()
- imstande, selbständig zu trinken	()	()	()
- imstande, alleine die Toilette zu benutzen	()	()	()
- besteht eine starke motorische Unruhe: wie äußert sich diese?	()	()	()
- _____			
- _____			
- _____			
- besteht eine Weglauftendenz?	()	()	()

Besondere Pflegesituation:

Schwerlastbett nötig?	()	()
Sauerstoffversorgung nötig?	()	()
PEG Pumpe nötig?	()	()
Stoma Versorgung nötig?	()	()
Absaugen nötig?	()	()
Weichlagerung / Wechseldruck nötig?	()	()
Bestehende Wunden:	()	()

Sonstige Bemerkungen _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

Interner Vermerk:	
Datum	Einverständnis Pflegeleitung