

Ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung im

- Alfred-Delp-Altenzentrum Haus Aggerblick
 Kurzzeitpflege Tagespflege



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

Geltungsbereich: Aufnahme

| | | |
|--|------------|------------|
| Name: | Vorname: | Geb.-Dat.: |
| Krankenkasse | KV- Nummer | |
| Anschrift | | |
| Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> nicht bekannt | | |

Diagnosen, ICD-Code und/oder Behinderungen (bitte die für die Heimaufnahme entscheidende Diagnose, ICD-Code oder Behinderung unterstreichen)

| | Nein | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Besteht eine Betreuung/Notwendigkeit einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (z.B. Gesundheitsfürsorge)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |
| Bestehen ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, MRSA, Clostridien, Hepatitis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche und Lokalisation: | | |
| Bestehen ansteckende Krankheiten/Gründe einer Isolierung aufgrund von multiresistente Erreger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche <input type="checkbox"/> 3 MRGN oder <input type="checkbox"/> 4 MRGN | | |
| Ist aufgrund einer ansteckenden Infektionskrankheit die Unterbringung in einem Einzelzimmer notwendig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht eine Suchtkrankheit oder Suchtgefährdung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche: | | |
| Bestehen psychische Störungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche: | | |
| Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche: | | |
| Ist der/die zukünftige Bewohner/-in Marcumarpatient/-in? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Diät oder Schonkost erforderlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche: | | |

| | Zeitw. | Nein | ja |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ständig bettlägerig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geh- und stehfähig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Orientiert | Zeitw. | Nein | ja |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zum Ort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung im

- Alfred-Delp-Altenzentrum Haus Aggerblick
 Kurzzeitpflege Tagespflege



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

Geltungsbereich: Aufnahme

| | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zur Zeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zur Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zur Situation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Zeitw. | Nein | ja |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kontinent | | | |
| Für Urin | | | |
| Für Stuhl | | | |
| Imstande, alleine zu gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auf Hilfsmittel angewiesen Welche: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| imstande, alleine zu Bett zu gehen/aufzustehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| imstande, sich alleine zu waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| imstande, sich alleine an- und auszukleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| imstande, selbständig zu essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| imstande, selbständig zu trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| imstande, alleine die Toilette zu benutzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Besteht eine starke motorische Unruhe: <i>Wenn ja, wie äußert sich diese?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht eine Hinlauftendenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--------|---------|
| Größe: | Gewicht |
|--------|---------|

| | Nein | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Besondere Pflegesituation | | |
| Schwerlastbett nötig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sauerstoffversorgung nötig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PEG Pumpe nötig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stoma Versorgung nötig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Absaugen nötig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weichlagerung / Wechseldruck nötig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestehende Wunden Wenn ja, welche und Lokalisation: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

| | | |
|--------------------------|-------|------------------------------|
| Interner Vermerk: | | |
| | Datum | Einverständnis Pflegeleitung |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------|--------|------------|-----------|---------------|
| Dateinamen: | Erstellt/geändert: | Vers.: | Datum: | Freigabe: | Seite/n |
| Ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung | QMB | 2.3 | 30.01.2023 | EL-AK | Seite 2 von 2 |