



## Ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung im Alfred-Delp-Altenzentrum

- 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. \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Bestehende Krankheiten und/oder Behinderungen (bitte die für die Heimaufnahme entscheidende Krankheit oder Behinderung unterstreichen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	nein	ja
Besteht eine Betreuung/Notwendigkeit einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (z.B. Gesundheitsfürsorge)?	( )	( )
wenn ja, welche _____		
Bestehen ansteckende Krankheiten/ Gründe einer Isolierung (z.B. TBC, MRSA, Clostridien, Hepatitis)?	( )	( )
wenn ja, welche _____		
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.....	( )	( )	( )

