

ARZTZEUGNIS**Stammdaten**

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Sanitätsausweis Matrikel Nr. _____

Steuernummer _____

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
☐ Alzheimer
☐ Iktus

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
- ☐

Bemerkungen - Problemliste

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

- ☐ Alkoholabusus
- ☐ Raucher
- ☐ Problematische Verhaltensweisen:
- ☐ Psychische Störungen:
- ☐ Behinderung (welche)
- ☐
- ☐

Anregungen und Empfehlungen des Arztes

Ort, Datum: _____ Stempel, Unterschrift _____