

# Ärztliche Bestätigung

Aufnahme in die Tagespflege  
„Helfen mit Herz und Verstand“ in Leinach

Wir bitten um vollständige Beantwortung und  
Übersendung im verschlossenen Umschlag  
an uns. **Die Angaben werden streng  
vertraulich behandelt.**

Tagespflege  
„Helfen mit Herz und Verstand“  
Rathausstraße 31  
97274 Leinach

**1. Name:** \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## 2. Ärztliche Diagnosen

Krankheiten des Kreislaufsystems: \_\_\_\_\_

Krankheiten des Verdauungssystems: \_\_\_\_\_

Krankheiten des Urogenitalsystems: \_\_\_\_\_

Krankheiten des Skelettes, der Muskeln: \_\_\_\_\_

Endokrinopathien und Stoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_

Krankheiten der Sinnesorgane: \_\_\_\_\_

Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems: \_\_\_\_\_

sonst. Diagnosen (Schluckstörungen, Sucht...): \_\_\_\_\_

Kontrakturen (welche?): \_\_\_\_\_

Sturzrisiko: \_\_\_\_\_

Dekubitus / Dekubitusrisiko (wo, Grad, Größe): \_\_\_\_\_

Inkontinenz: \_\_\_\_\_

## 3. Hilfsmittel

Stock       Brille       Zahnprothese       Prothesen (Arm/Bein)

Rollator       Rollstuhl       Sauerstoffgerät       Anti-Thrombose-Strümpfe

Hörgerät       Dauerkatheter       orthopädische Schuhe       sonstiges

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

#### 4. Stimmungslage und Verhalten

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> sozial angemessenes Verhalten | <input type="checkbox"/> zeitlich orientiert   | <input type="checkbox"/> Unruhezustände           |
| <input type="checkbox"/> verbale Aggressivität         | <input type="checkbox"/> örtlich orientiert    | <input type="checkbox"/> traurige Stimmungslage   |
| <input type="checkbox"/> körperliche Aggressivität     | <input type="checkbox"/> situativ orientiert   | <input type="checkbox"/> ängstliche Stimmungslage |
| <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung              | <input type="checkbox"/> zur Person orientiert | <input type="checkbox"/> Hinlauf-/ Weglauftendenz |

#### 5. Ärztliche Einschätzung zur Pflegebedürftigkeit

	Ärztlicherseits nichts bekannt	selbständig	bedingt selbständig (begrenzte Hilfe)	teilweise unselbständig (verstärkte Hilfe)	unselbständig
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (z.B. Waschen, An- und Auskleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen	<input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	täglich <input type="checkbox"/>

#### 6. Ernährung (aktueller Status)

- Normalkost                       passierte Kost                       PEG-Sonde                       Nasen-Sonde  
 Sonderkostformen (diätetisch, lactosefrei...)

Sonstige Hinweise zur Ernährung: \_\_\_\_\_

#### 7. Letzte stationäre Behandlung:

- Akutkrankenhaus                       Psychiatrie  
 Rehabilitation von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

8. (Weitere) fachärztliche Behandlung durch: \_\_\_\_\_ Fachrichtung \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

**9. Aktuelle Medikation (bzw. Medikationsplan § 31a SGB V „E-Health-Gesetz“)**

**10. Ausschluss ansteckender Krankheiten**



**Liegen Anhaltspunkte für ansteckende Krankheiten insbesondere für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vor?** (u. a. Nachweis gem. § 36 Abs. 4 IfSG)

nein  ja, \_\_\_\_\_

**11. Hausärztliche Versorgung übernimmt**

Unterzeichnender Arzt  \_\_\_\_\_

**13. Besondere Hinweise:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diese Bestätigung wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Name des Arztes

Tel. Nr. für Rückfragen

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes