

Ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung im Seniorenzentrum Morillengang

Morillengang 23 – 25 , 52064 Aachen
Telefon:0241/ 705700 , Telefax:0241/ 70570624



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 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)?	<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"/>

Ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung im Seniorenzentrum Morillengang

Morillengang 23 – 25 , 52064 Aachen
Telefon:0241/ 705700 , Telefax:0241/ 70570624



Geltungsbereich: Aufnahme

Orientiert	Zeitw.	Nein	ja
zum Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	D. Musgrave	2.2	02.11.2021	EL-AK	Seite 2 von 2