

## ÄRZTLICHES ZEUGNIS

für die Bewerbung zur Aufnahme ins Alters- und Pflegeheim

Name und Adresse der untersuchten Person:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **ANAMNESE**

Frühere körperliche oder psychische Erkrankungen, Angaben über Aufenthalt im Spital oder in Klinik (Jahr), Angaben über den jetzigen Gesundheitszustand (ev. auf Beiblatt).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **KÖRPERLICHER ZUSTAND**

		selbständig		unselbständig	
		ohne Hilfe	mit Hilfe	teilweise	ganz
An- und Auskleiden		•	•	•	•
Aufstehen und Zubettgehen		•	•	•	•
Ernährung	Essen	•	•	•	•
	Trinken	•	•	•	•
Ausscheidung	Stuhl	•	•	•	•
	Urin	•	•	•	•
Körperpflege	Waschen	•	•	•	•
	Intimpflege	•	•	•	•
	Baden / Duschen	•	•	•	•
	Kämmen	•	•	•	•
	Rasieren	•	•	•	•

Behinderung im:	Sehen	Hören	Sprechen	Gehen
teilweise	•	•	•	•
ganz	•	•	•	•

Benötigt der Bewerber Diät? • •

Ist der Bewerber inkontinent auf  
Urin? • •  
Stuhl ? • •

**PSYCHISCHER ZUSTAND** (zutreffendes unterstreichen oder einsetzen)

Ist die Person:

Zeitlich und/oder örtlich desorientiert / unruhig / apathisch / aggressiv / depressiv /  
suizidgefährdet / ----- / ----- /-----/ -----/

Schlaf :                      gut •                      ordentlich •                      schlecht •  
                                         mit •                      ohne Medikamente •

**DIAGNOSE** (eventuell auf Beiblatt )

---

---

---

---

---

---

**MEDIKAMENTE**, ärztliche Verordnungen

---

---

---

---

---

---

Empfehlen Sie eine Aufnahme ins Alters- und Pflegeheim      • ja      • nein

Bemerkungen:

---

---

---

---

---

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift  
des Hausarztes (oder Stv.)