

## ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

# ARZTZEUGNIS

### Stammdaten:

**Patient:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Sanitätsausweis Matrikel Nr.:

Derzeitige 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):

<input type="checkbox"/> <b>Atmungsorgane</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Herz-Kreislauforgane</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Zerebrovaskulär</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Arterien</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Venen</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Harnwege/Gynäkologie</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Verdauungsorgane</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Bewegungsapparat</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Mobilität</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Stoffwechsel</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Diabetes Mellitus</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Nervensystem</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Parkinson-Syndrom</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Psyche</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Demenz</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Depression</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sucht</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Schmerz</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sinnesorgane</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Haut</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Dekubitus</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Tumor</b>	
<input type="checkbox"/>	

## 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:
- Ansteckende Krankheiten:
- Anderes (bitte angeben):

### Bemerkungen – Problemliste:

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

- Alkoholabusus:
- Raucher:
- Funktionelle Behinderungen:
- Problematische Verhaltensweisen:
- Psychische Störungen:
- Andere (bitte angeben):

### Anregungen und Empfehlungen des Arztes:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift