



Ortschaft

Datum

.....

Stempel der Einrichtung

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND EINER PERSON, DIE SICH UM AUFNAHME INS SENIORENHEIM „FAMILIA“ IN SZCZECINEK BEMÜHT

Teil A wird vom Arzt ausgefüllt.

* streichen Sie bitte den bestehenden Zustand an

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Name und Vorname einer Person, die sich um Aufnahme ins Seniorenheim „Familia“ in Szczecinek bemüht

Geburtsdatum:

Wohnort:

1. Feststellung einer Grundkrankheit:

.....
.....
.....

2. Nebeneinander bestehende Krankheiten und Süchte:

.....
.....
.....

a/ ansteckende Krankheit: ja – nein * , wenn ja welche?

.....

b/ Krankheitsübertragung: ja – nein * , wenn ja welche?

.....

c/ Tuberkulose: ja – nein

d/ Allergien: ja – nein * , wenn ja welche?

3. Sachliche Untersuchung: Gewichtkg, Größecm

Blutdruck..... Puls/Min.

a/ Haut und Lymphknoten

b/ Atmungssystem

c/ Kreislaufsystem

d/ Verdauungssystem

e/ Urogenitalsystem

f/ Bewegungssystem und Bewertung der Selbstständigkeit und Selbstbedienung

.....
.....
.....

g/ Nervensystem und Sinnesorgane

.....
.....

4. Grad der Selbstständigkeit * :

a/ bewegt sich selbstständig b/ bewegt sich mit Unterstützung einer zweiten Person

c/ bewegt sich mit Hilfe der Reha-Maßnahmen – welche?

d/ Unselbstständigkeit

5. Kommunikationsbewertung (eventuelle Dysfunktionen) bei:

a/ Sprache

b/ Gehörsinn

c/ Sehkraft

6. Ist die Person, die sich um Aufnahme ins Seniorenheim bemüht, unter psychiatrischer Behandlung oder ist eine Konsultation nötig? Wenn ja – aus welchem Grund?

.....
.....

7. Unterstreichen Sie bitte Gesundheitsdienstleistungen, die zum richtigen Funktionieren gebraucht werden:

a/ Betreuung und Pflege b/ ständiges Heilen c/ Rehabilitation

d/ Untersuchungen und psychologische Therapie

e/ Andere

8. Andere wichtige Informationen über Gesundheitszustand

.....
.....
.....
.....

.....
Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes