

Ortschaft ………………………………………………. Datum ……….……………………

……………………………………………………………….

Stempel der Einrichtung

**BESCHEINIGUNG ÜBER DEN GESUNDHEITSZUSTAND 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: Gewicht ……………………………….kg, Größe ………………………………….cm

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