

## Ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung im Deutschordens-Wohnstift

für Herrn/Frau

geb. am

### Körperliche und psychische Krankheiten und Behinderungen

**Diagnosen und Befunde**

**Resultierende Einschränkungen**













### Bestehen ansteckende Krankheiten ? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

### Besteht eine Sucht-Krankheit? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

### Besteht die Notwendigkeit von Behandlungspflege ?

Verbandswechsel

Nein

Ja

x mal/täglich

Dekubitusversorgung

Nein

Ja

x mal/täglich

Katheterwechsel/-pflege

Nein

Ja

x mal/täglich

Injektionen/Infusionen

Nein

Ja

x mal/täglich

prophylaktische Maßnahmen

Nein

Ja

x mal/täglich

Medikamentenversorgung

Nein

Ja

x mal/täglich

andere Leistungen

Nein

Ja

x mal/täglich

**Besteht die Notwendigkeit zur Hilfe bei der Grundpflege und Betreuung**

	<b>Nein</b>	<input type="text"/>	<b>Ja</b>	<input type="text"/>	<b>Welche?</b>
Mobilität	<b>Nein</b>	<input type="text"/>	<b>Ja</b>	<input type="text"/>	_____
Körperpflege	<b>Nein</b>	<input type="text"/>	<b>Ja</b>	<input type="text"/>	_____
Ernährung	<b>Nein</b>	<input type="text"/>	<b>Ja</b>	<input type="text"/>	_____
Ausscheidung	<b>Nein</b>	<input type="text"/>	<b>Ja</b>	<input type="text"/>	_____
Hauswirtschaft	<b>Nein</b>	<input type="text"/>	<b>Ja</b>	<input type="text"/>	_____
Betreuung	<b>Nein</b>	<input type="text"/>	<b>Ja</b>	<input type="text"/>	_____
Orientierung	<b>Nein</b>	<input type="text"/>	<b>Ja</b>	<input type="text"/>	_____

<b>Medikamente</b>	<b>morgens</b>	<b>mittags</b>	<b>abends</b>	<b>nachts</b>

Besondere Kostformen notwendig ? Nein \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ welche ? \_\_\_\_\_

Wie begründen Sie die Heimbedürftigkeit vom ärztlichen Standpunkt aus?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift/Stempel**