

# Ärztliches Zeugnis

- zur Aufnahme in die stationäre Pflege -

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Hauptdiagnosen:

siehe Ausdruck als Anlage

Demenzerkrankung bekannt

Ansteckende/  
übertragbare  
Krankheiten?

Tuberkulose der Atmungsorgane  ja  nein

Vorschrift nach § 36 Abs. 4 des Infektionsschutzgesetzes

MRSA  ja  nein

Hepatitis  ja  nein

Sonstige:

Schutzimpfungen

Impfausweis vorhanden  ja  nein

Impfschutz vorhanden  Tetanus  Gripeschutz  Covid-19

Allergien/  
Unverträglichkeiten

vorhanden  ja  nein  nicht bekannt

Allergiepass vorhanden  ja

Geistig  
psychischer  
Zustand

unauffällig

nicht ansprechbar

auffällig

desorientiert

psychisch krank

Suchterkrankung

Ernährungs-  
zustand

unauffällig

PEG

Magensonde

Untergewicht

Übergewicht

Kcal. pro Tag: \_\_\_\_\_

Diät notwendig?

nein

ja; welche: \_\_\_\_\_

Trinkmenge pro Tag  
ml

Mindestens \_\_\_\_\_ ml Maximal \_\_\_\_\_ ml

Seh- u.  
Hörfähigkeit

unauffällig

Seh-

Hörfähigkeit eingeschränkt

blind re/ li  taub re/ li

Bewegungs-  
fähigkeit

unauffällig

eingeschränkt

bettlägerig

Lähmungen wenn ja, welcher Art

Kontrakturen wenn ja, welcher Art

