

Zur Aufnahme in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung gem. § 35 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz:

Ärztliches Zeugnis nach § 35 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz

Auf Grund meiner persönlichen Kenntnis und / oder meiner Untersuchung vom _____ wird bescheinigt, dass bei

Frau/Herrn

_____ geb. am _____
 (Name/Vorname)

keine Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose bestehen.
 (Nicht älter als 6 Monate)

Pflegerrelevante Diagnosen:

Zurzeit bestehende Medikationen (zus. Med. Blatt beigelegt):

Liegen sonstige ansteckungsfähige Krankheiten vor?

- nein
- ja, welche

Orientierung

	Nie	Selten	Oft	Ständig
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachtruhe

	Nie	Selten	Oft	Ständig
Schläft durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe				

Mobilität

	Nie	Selten	Oft	Ständig
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inkontinenz

	Nie	Selten	Oft	Ständig	
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Harn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Art:	<input type="checkbox"/> Stress-inkontinenz	<input type="checkbox"/> Drang-inkontinenz	<input type="checkbox"/> Reflex-inkontinenz	<input type="checkbox"/> Überlauf-inkontinenz	<input type="checkbox"/> Extraurethrale Inkontinenz

Erforderliche Hilfestellung

	Nie	Selten	oft	Ständig
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus dem Bett Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gemütszustand

_____ Zusatzblatt beigefügt

Suchterkrankungen

Keine _____

_____ Zusatzblatt beigefügt

Körperliche Behinderungen

Keine _____

_____ Zusatzblatt beigefügt

Schonkost / Diät

Keine _____

_____ Zusatzblatt beigefügt

Bemerkungen, Ergänzungen, Hinweise

Keine

Zusatzblatt beigelegt

Ort

Datum

(Unterschrift des Arztes/Stempel)