

Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme im Altenheim nach § 36, (4), Infektionsschutzgesetz

Frau / Herr:

geb.:

Anschrift:

Ist die Patientin / der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? ja nein

Liegt eine ansteckende Tuberkulose der Atmungsorgane vor? ja nein

*„(4) Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des §1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes oder in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler **aufgenommen werden sollen**, haben vor oder unverzüglich nach Ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung **ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen**, dass bei ihnen **keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.**“*

Eine Röntgenaufnahme ist wegen der Infektionsprävalenz mit Tuberkulosebakterien **nur** für die Aufnahme in eine Einrichtung für Flüchtlinge, Asylbewerber oder anderer erforderlich.

Datum / Stempel und Unterschrift des Arztes

Ärztlicher Fragebogen

Bitte alle Fragen vollständig beantworten bzw. zutreffendes ankreuzen

Vor- und Zuname: _____ Geb.-Datum _____

- 1.) Ist der Patient gehfähig () ja () nein
2.) Ist der Patient auf Rollstuhl angewiesen () ja () nein
3.) Ist der Patient ständig bettlägerig () ja () nein
4.) Stuhlinkontinenz () ja () nein
5.) Harninkontinenz () ja () nein
6.) Gebrauchsunfähigkeit beider Arme + Beine () ja () nein

7.) Hilfen sind erforderlich: () beim Essen () beim Waschen () bei der Mobilität () beim An- / Auskleiden
() bei den Ausscheidungen () bei der Tagesgestaltung aufgrund geistiger Defizite

8.) Orientierung: örtlich () ja () nein () zeitweise
zeitlich () ja () nein () zeitweise
zur Person () ja () nein () zeitweise

9.) Psychische Problemlagen/ Verhaltensauffälligkeiten situativ () ja () nein

10.) Suchtkrankheit ? () nein () ja, welche ? _____

11.) Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? () ja () nein
(kein Anzeichen für aktive TB, Hepatitis A, B,C, Novo Virus etc.)?

Wenn nein, welche? _____

12.) Liegt eine MRSA-Erkrankung vor? () ja () nein () nicht bekannt

13.) Diagnosen:

14.) Medikamente/Tagesdosierung
Bedarfsmedikation (z. B. bei Schmerzen, Fieber, Hypertonie):

15.) Behandlungspflege (z. B. Verbände, Spritzen, Katheterversorgung):

16.) Besondere Hinweise des Arztes:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Ar

Ärztliches Attest

Herr / Frau _____ geboren: _____

Wohnhaft in: _____

Krankenkasse: _____

Bedarf der Versorgung mit Inkontinenzartikeln für

voraussichtlich _____ Wochen / Monate

dauernd

Diagnosen: Blasen- und / oder Darminkontinenz

Die Inkontinenzartikel sind erforderlich

- im direkten Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit (Behandlung von Dekubitus oder Dermatiden)
- Weil neben der Blasen- oder / und Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen vorliegen, dass ohne Einsatz von Inkontinenzartikeln der Eintritt von Dekubitus oder Dermatiden droht.
- Patient kann Harn- und / oder Stuhlabgabe nicht kontrollieren
- Patient kann sich auch „nachher“ nicht bemerkbar machen und sich deshalb vor Schäden aus längerer Einwirkung von Harn und Stuhl auf die Haut nicht bewahren.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Erforderlichkeit der vollstationären Pflege für:

Name:

geb.:

Welche der unten aufgeführten Gründe liegen vor, dass vollstationäre Pflege erforderlich ist (Mehrfachnennungen sind möglich).

- Fehlen einer Pflegeperson(en)**
- Fehlende Bereitschaft möglicher Pflegeperson(en)**
- Drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson**
- Drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen**
- Eigen- und Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen**
- Räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI 9) nicht verbessert werden können.**

Bitte kurze Erläuterung:

Aufnahme geplant:

am: _____

im: **Mainzer Altenheim, Altenauergasse 7, 55116 Mainz**

Datum

Unterschrift / Stempel

Ärztliches Attest

über erheblich eingeschränkte Alltagskompetenzen gem. §45 a SGB XI

Herr / Frau:

geb.:

Wohnhaft in:

Versicherung:

Diagnosen

- Fortgeschrittene Demenz
- Störung der höheren Hirnfunktion (Z. n. Apoplex)
- Therapieresistente Depression
- Angststörung
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Die oben genannte Patientin / der oben genannte Patient ist, aufgrund der genannten Diagnosen, in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt. Ein erhöhter Betreuungsbedarf ist gegeben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes