

**Ärztliche Bescheinigung vom Hausarzt / Krankenhaus  
zur Aufnahme in ein Pflegeheim**

Zutreffendes Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

<b>Name, Vorname</b>	<b>geboren am</b>

benötigte Hilfestellung in den Bereichen:		gar nicht	gelegentlich oder geringfügig	ständig oder umfassend
<b>1. An- und Auskleiden</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Körperpflege</b>	Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frisieren / Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Ernährung</b>	mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufnahme der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Ausscheidung</b>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sauberhalten bei Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. An- und Ablegen von Hilfsmitteln (siehe Punkt 12 auf der Rückseite)</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Ausführen ärztlicher Verordnungen</b>	Einwirken auf die Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verabreichung von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Katheterisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Mobilität</b>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu-Bett-Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rollstuhlbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verlassen und Wiederaufsuchen der Pflegeeinrichtung (z. B. beim Arztbesuch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Motivation zur Erledigung persönlicher Verrichtung des täglichen Lebens</b>	Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuspruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Ernährungsform</b>	Vollkost	<input type="checkbox"/>	Zuckerdiät	<input type="checkbox"/>
	Schonkost	<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>
	Sondenkost	<input type="checkbox"/>	BE	<input type="checkbox"/>