

QM Ärztliches Zeugnis

Ärztliches Zeugnis

(Bitte füllen Sie dieses Formular maschinell oder in Druckbuchstaben aus.)

1. Personalien

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Pflegegrad

2. Krankheitsbild

Vorerkrankungen,
Diagnosen,
physische Störungen:

körperliche
Behinderung:

ansteckende
Krankheiten:

Dokumentenname: Ärztliches Zeugnis	Stand: Februar 2022	Geprüft von: Helga Vierrether (EL)	Freigegeben von: Helga Vierrether (EL) / Michael Holzwarth (GL)
Erstellt von: Sonja Welzenbach (Verwaltung)			

QM Ärztliches Zeugnis

psychische/geistige
Störungen:

Suchtkrankheiten:

Allergien:

3. Sinne, Gemütsverfassung

a) Funktion von Sprache / Gehör / Sehvermögen (zutreffendes ankreuzen)

Sprache:

 ja

Bemerkung: _____

 nein

 bedingt

Gehör:

 ja

Bemerkung: _____

 nein

 bedingt

Sehvermögen:

 ja

Bemerkung: _____

 nein

 bedingt

b) Gemütsverfassung:

Dokumentenname: Ärztliches Zeugnis	Stand: Februar 2022	Geprüft von: Helga Vierrether (EL)	Freigegeben von: Helga Vierrether (EL) / Michael Holzwarth (GL)
Erstellt von: Sonja Welzenbach (Verwaltung)			

QM Ärztliches Zeugnis

4. Hilfestellung

Hilfebedarf bei:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------|
| Aufstehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| Zu Bett gehen/Lagern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| Körperpflege/Waschen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| Frisieren/Rasieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| Ankleiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| Auskleiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| Essen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| Trinken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| Medizineinnahme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| Mundpflege | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| zusätzl. Hilfebedarf | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |

5. Orientierung, Mobilität, Kontinenz

Orientierung

- | | | | | |
|------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------|
| zeitlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilw. | Bemerkung: _____ |
| örtlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilw. | Bemerkung: _____ |
| persönlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilw. | Bemerkung: _____ |
| situativ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilw. | Bemerkung: _____ |

Mobilität

- | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------|
| bettlägerig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| Rollstuhlfahrer | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | Bemerkung: _____ |
| ohne Hilfe
gehfähig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |
| Treppen steigen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | Bemerkung: _____ |

Dokumentenname: Ärztliches Zeugnis	Stand: Februar 2022	Geprüft von: Helga Vierrether (EL)	Freigegeben von: Helga Vierrether (EL) / Michael Holzwarth (GL)
Erstellt von: Sonja Welzenbach (Verwaltung)			

QM Ärztliches Zeugnis

Inkontinenz

Stuhlinkontinenz ja nein

Bemerkung: _____

Harninkontinenz ja nein

Bemerkung: _____

6. Angaben zu Covid-19

Hiermit wird bestätigt, dass bei dem Patienten sieben Tage vor Einzug in die Einrichtung keine Anzeichen / Symptome einer Covid-19 Erkrankung wie z.B.

- Gastrointestinale Symptome wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Durchfall
- Anzeichen einer Atemwegserkrankung
- Fieber

vorliegen.

7. Aktuelle Medikation

Medikament	Einnahme				
	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf

_____, den _____
 Ort Datum

 Unterschrift des behandelnden Arztes

Dokumentenname: Ärztliches Zeugnis	Stand: Februar 2022	Geprüft von: Helga Vierrether (EL)	Freigegeben von: Helga Vierrether (EL) / Michael Holzwarth (GL)
Erstellt von: Sonja Welzenbach (Verwaltung)			