

Diakonische Altenhilfe Region Hannover gGmbH

Rosemarie-Nieschlag-Haus

Iltener Str.21, 31275 Lehrte, Tel.05132/832-0, Fax 05132/832-212

Ärztliche Bescheinigung zur Heimaufnahme

Name der Patientin / des Patienten

Geburtsdag:

Diagnosen:.....

Eingangsvermerk des Heimes

Patientin/Patient benötigt Hilfe beim...

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen.....				
Treppensteigen.....				
Essen.....				
Waschen.....				
Ankleiden.....				
Frisieren/Rasieren.....				
Aufstehen aus dem Bett.....				
Zu-Bett-Gehen.....				
Benutzen der Toilette.....				

Patientin / Patient ist ...

zur Person orientiert.....				
örtlich orientiert.....				
zeitlich orientiert.....				
situativ orientiert.....				

Patientin / Patient ist nachts unruhig

Patientin / Patient ist bettlägerig

Patientin / Patient ist inkontinent

stuhlinkontinent				
harninkontinent				

Kostform:

Besteht eine ansteckende Krankheit + welche: nein Ja und zwar.....

.....

Besteht eine TBC-Erkrankung ja nein

Bestehen psychische Störungen + welche: nein ja und zwar

.....

.....

.....

.....

Werden Hilfsmittel benötigt + welche: nein ja und zwar

.....

.....

.....

.....

Besteht aus ärztlicher Sicht die Notwendigkeit einer stationären Betreuung in der Alteinrichtung? ja Nein

Sonstige Anmerkungen:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Medikamentenplan bitte in Kopie anhängen

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes – Stempel -