

ELTERNHEIM DER SYNAGOGEN-GEMEINDE KÖLN

OTTOSTR. 85 ⚫ 50823 KÖLN ⚫ TEL. 0221 - 71662-560

Ärztliche Bescheinigung

Name (bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben):		
Vorname:	Geburtsdatum:	
Straße:	PLZ:	Ort:

Pflegebegründete Diagnosen und Befunde:

Der Patient leidet unter folgenden funktionellen Einschränkungen:

	ja	nein	zeitweilig
- Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gehunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Begleitung beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hilfsmittel: Gehstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Urinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Desorientiertheit – zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ELTERNHEIM DER SYNAGOGEN-GEMEINDE KÖLN

OTTOSTR. 85 ★ 50823 KÖLN ★ TEL. 0221 – 71662-560

Hilfebedarf durch Unterstützung, teilweise oder vollständige Übernahme, Beaufsichtigung oder Anteilung:

	nein	gelegentlich oder geringfügig	ständig oder umfassend
- Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kämmen / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dekubituspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Eine ambulante Versorgung ist nicht / nicht länger sicherzustellen.
Eine Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung ist notwendig.**

	ja	nein
Eine gerontopsychiatrische Unterbringung ist erforderlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient ist frei von Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient leidet an einer Suchtkrankheit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflegegrad 1 2 3 4 5

kein Pflegegrad

Begutachtung beantragt

zu erwartender Pflegegrad

Ort / Datum	Stempel / Unterschrift des Arztes
-------------	-----------------------------------