

# ÄRZTLICHES ZEUGNIS

für den Antrag zur Aufnahme in das

- Bezirksseniorenzentrum Altheim
- Bezirksseniorenzentrum Braunau am Inn
- Bezirksseniorenzentrum Eggelsberg
- Bezirksseniorenzentrum Mattighofen
- Bezirksseniorenzentrum Ostermiething
- Haus für Senioren in Mauerkirchen
- Alten- und Pflegeheim Maria Rast in Maria Schmolln

1. <u>Allgemeine Daten</u>	
Akademischer Grad, Titel	
Vorname, Nachname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Adresse	
Versicherungsnummer	
Untersuchender Arzt	
Untersuchung am	

## 2. Körperlicher Zustand

Welche Krankheiten oder Gebrechen liegen vor? Vorerkrankungen? Allergien? Epilepsie?

.....

.....

Infektionsgefahr (TBC, Hepatitis, HIV, MRSA-Keim, etc.)

- ja, welche .....
- nein

- Gehfähigkeit gegeben:             ja             nein
- Bettlägerigkeit:                 ja             nein
- Mobilisierbarkeit:             ja             nein
- Harninkontinenz:                ja             nein
- Stuhlinkontinenz:              ja             nein
- Tracheostoma:                  ja             nein
- Dauerkatheter:                 ja             nein
- Hemmung der Blutgerinnung:  ja             nein
- Rezeptgebührenbefreiung:    ja             nein

Sonstige Behinderungen (z. B. Seh- oder Hörschwäche):

- ja, welche .....
- nein

Ist eine Diät notwendig?

- ja, welche .....
- nein

Sondennahrung:

- ja, welche .....
- nein

Diabetes:

- ja       nein       insulinpflichtig       orale Medikation

ergänzende Anmerkungen: .....

Name des Hausarztes: .....

### 3. Geistiger Zustand

Bestehen größere Charakteranomalien?

- ja, welche .....
- nein

Psychische Situation (Verhalten des/der PatientIn):

.....

- Ist die/der PatientIn örtlich orientiert?             ja       nein
- Ist die/der PatientIn zeitlich orientiert?             ja       nein
- Ist die/der PatientIn persönlich orientiert?             ja       nein
- Schlaftabletten:     ja       nein

Verhalten des/der PatientIn in der Nacht?

.....

**4. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen gem. Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG)**

Ist die Person gem. HeimAufG psychisch krank oder geistig behindert und ist im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet?

ja       nein

Sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich?

ja       nein

Wird die Person mit sedierenden Medikamenten behandelt?

ja       nein

Können bei den verordneten Medikamenten als Nebenwirkung sedierende Zustände auftreten?

ja       nein

Bestehen sonstige, dem Arzt gesetzlich vorbehaltene, freiheitsbeschränkende Maßnahmen?

ja, welche .....

nein

Sind aus ärztlicher Sicht pflegerische Freiheitsbeschränkungen (z.B.: durch Anbringen von Bettgittern usw. notwendig bzw. unerlässlich?

ja       nein

Medikamenteneinnahme:

ja, selbstständig       ja, unter Kontrolle       nein

Hinweise und Anmerkungen des Arztes:

.....

.....

.....

Ort, Datum, Stampiglie

.....

Unterschrift des Arztes