

Ärztliche Bescheinigung

Patient(in): Vor-und Zuname: _____

geboren am : _____

Diagnosen: _____

Angaben zur Art und zum Umfang der notwendigen Hilfe einschließlich aktivierender

Pflege des o.g. Patienten / der o.g. Patientin :

erheblich gehbehindert örtlich desorientiert Urin-/Stuhlinkontinent

gehunfähig zeitlich desorientiert Dauerkatheter

häufig bettlägerig völlig verwirrt Sondenträger

dauernd bettlägerig Diabetiker

suchtkrank, und zwar _____

Behinderung der Sinnes-
organe, und zwar _____

Prothesen /Hilfsmittel,
und zwar _____

Erforderliche Hilfen /Hilfsbedürftigkeit bei(m)

Körperreinigung / pflege An- und Auskleiden Versorgung bei Inkontinenz

Waschen Benutzung des Rollstuhls Dauerndes Nachtwache

Baden / Duschen Ausführung ärztlicher
Verordnungen Notwendigkeit der
dauernden Aufsicht

Mund-/Zahn-/
Nagelpflege Verabreichen lebensnot-
wendiger Medikamente Motivation / Anleitung bei
allen Verrichtungen

Frisieren / Rasieren Gehen An-/Ablegen von Prothesen

Aufstehen / Zubettgehen Essen / Trinken Benutzung der Toilette

Dauernde Hilfe wegen anderer erschwerender Umstände, und zwar

Bitte wenden!!

Ansteckende Krankheiten

Der Patient / die Patientin ist frei von an- ja nein
steckenden Krankheiten

**Hinweise und Bemerkungen der Ärztin / des Arztes zur Notwendigkeit der
Heimaufnahme:**

Ort: _____

Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____