

## Ärztliches Zeugnis zur Heimanmeldung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

---

Anschrift:

---

Diagnose(n):

**Ansteckungsfähige Erkrankung:**  nein  ja, folgende \_\_\_\_\_

Harninkontinenz  Blasenkatheter  Stuhlinkontinenz  Stomaversorgung

---

**Geistig-Seelischer Zustand:**

unauffällig  nicht ansprechbar  örtlich u. zeitl. desorientiert  desorientiert zu Person

motorisch unruhig  nächtliche Unruhe  Gefahr des Weglaufens  psychisch krank

Suchterkrankung Bemerkung \_\_\_\_\_

---

**Ernährungs- und Kräftezustand:**

normal  adipös  kachektisch Größe in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_

Normalkost  Diät, welche \_\_\_\_\_  Sondenernährung

---

**Sehfähigkeit:**  normal  eingeschränkt  blind

**Hörfähigkeit:**  normal  eingeschränkt  taub

---

**Bewegungsfähigkeit:**

normal  zeitweise bettlägerig  bettlägerig

eingeschränkt, wie: \_\_\_\_\_

---

**Sonstiges:**

---

**Für die Richtigkeit:**

---

Ort, Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt

---

Stempel