

## Ärztlicher Bericht

Für das Seniorenzentrum Hohenhameln e.V. "Pastor-Wilhelm-Meyer-Haus"

Über Frau / Herr .....

Geboren am ..... in .....

Wohnhaft in .....

zwecks Aufnahme in das "Pastor-Wilhelm-Meyer-Haus".

1. Ist eine Heimaufnahme erforderlich / wünschenswert ?
2. Ist der Patient gehfähig? ja / nein
3. Treppensteigen möglich? ja / nein / beschränkt
4. Ist der Patient bettlägerig? ja / nein / häufig / ständig
5. Ist der Patient inkontinent? ja / nein / zeitweise
6. Fremder Hilfe bedürftig? ja / nein / zeitweise  
Beim Essen / Ankleiden / Aufstehen und Zubettgehen / Benutzen der Toilette  
/ Waschen / Frisieren / Rasieren
7. Beherrschung des Stuhlabgangs? ja / nein
8. Beherrschung des Urinabgangs? ja / nein
9. Ist der Patient örtlich orientiert? ja / nein / nicht immer
10. Zeitlich orientiert? ja / nein / nicht immer
11. Nachts unruhig? ja / nein / nicht immer
12. Körperliche Behinderungen? ja / nein

Welcher Art? .....

13. Leidet der Patient an einer psychischen Krankheit? ja / nein

Art der Krankheit? .....

14. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? ja / nein  
Bescheinigung nach dem Bundesseuchengesetz § 48 a

15. Suchtkrankheiten? In welcher Form? ..... ja / nein

16. Gemütsstimmung? willig / freundlich / verdrießlich

17. Ist eine besondere Diät erforderlich? ja / nein

Welche? .....

18. Sonstige Angaben zur gesundheitlichen und körperlichen Verfassung:

.....

19. Sind laufende ärztliche Behandlungen notwendig? ja / nein

Welche? .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel & Unterschrift d. Arztes