

## Ärztliches Zeugnis Pflegeeinrichtungen

**Einrichtung (bitte unbedingt angeben):**

- Seniorenwohnanlage am Hubland**  
Zeppelinstraße 67 ▪ 97074 Würzburg ▪ Tel. 0931/8009-0 ▪ Fax 0931/8009-1147
- Seniorenzentrum Bergtheim**  
Falkenstraße 1 ▪ 97241 Bergtheim ▪ Tel. 0931/8009-3110 ▪ Fax 0931/8009-3112
- Seniorenzentrum Kürnach**  
Am Trieb 44 ▪ 97273 Kürnach ▪ Tel. 09367/98852-0 ▪ Fax 09367/98852-11
- Seniorenzentrum Estenfeld**  
Lengfelder Straße 7 ▪ 97230 Estenfeld ▪ Tel. 09305/98884-0 ▪ Fax 09305/98884-11
- Seniorenzentrum Eibelstadt**  
Am Kapellenberg 1 ▪ 97246 Eibelstadt ▪ Tel. 09303/98407-0 ▪ Fax 09303/98407-11
- Haus Franziskus, Ochsenfurt**  
Uffenheimer Straße 16 ▪ 97199 Ochsenfurt ▪ Tel. 09331/98590-0 ▪ Fax 09331/98590-18
- Seniorenzentrum Aub**  
Am Roßmarkt 2, 97239 Aub ▪ Tel. 09335/99681-0 ▪ Fax 09335/99681-11

(Bitte füllen Sie dieses Formular maschinell oder in Druckbuchstaben aus.)

### 1. Personalien

\_\_\_\_\_  
Familiename

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Pflegegrad

## 2. Krankheitsbild

Vorerkrankungen,  
Diagnosen,  
physische Störungen:

---

---

---

---

Körperliche  
Behinderung:

---

---

ansteckende  
Krankheiten:

---

---

psychische/geistige  
Störungen:

---

---

Suchtkrankheiten:

---

---

Allergien:

---

---

## 3. Sinne, Gemütsstimmung

a) Funktion von Sprache / Gehör / Sehvermögen (zutreffendes ankreuzen)

Sprache:

- ja      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- nein      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- bedingt      Bemerkung: \_\_\_\_\_

Gehör:

- ja      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- nein      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- bedingt      Bemerkung: \_\_\_\_\_

Sehvermögen:

- ja      Bemerkung: \_\_\_\_\_  
 nein      Bemerkung: \_\_\_\_\_  
 bedingt      Bemerkung: \_\_\_\_\_

b) Gemütsstimmung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Hilfestellung**

a) Hilfebedarf bei:

- Aufstehen       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- Zu Bett gehen/Lagern       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- Körperpflege/Waschen       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- Frisieren/Rasieren       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- Ankleiden       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- Auskleiden       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- Essen       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- Trinken       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- benutzen der Toilette       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- Medizineinnahme       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- Mundpflege       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_
- zusätzl. Hilfebedarf       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_

**5. Orientierung, Mobilität**

a) Orientierung

- zeitlich       ja     nein     teilw.      Bemerkung: \_\_\_\_\_  
örtlich       ja     nein     teilw.      Bemerkung: \_\_\_\_\_  
persönlich       ja     nein     teilw.      Bemerkung: \_\_\_\_\_  
situativ       ja     nein     teilw.      Bemerkung: \_\_\_\_\_

5. Mobilität

- bettlägerig       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_  
Rollstuhlfahrer       ja     nein                      Bemerkung: \_\_\_\_\_  
ohne Hilfe       ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_  
gehfähig  
Treppen steigen  ja     nein     häufig      Bemerkung: \_\_\_\_\_

6. Inkontinenz

Stuhlinkontinenz  ja  nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Harninkontinenz  ja  nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_

**6. Angaben zu Covid-19**

Hiermit wird bestätigt, dass bei dem Patienten sieben Tage vor Einzug in die Einrichtung keine Anzeichen / Symptome einer Covid-19 Erkrankung wie z.B.

- Gastrointestinale Symptome wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Durchfall
- Anzeichen einer Atemwegserkrankung
- Fieber

vorliegen.

**7. Aktuelle Medikation**

Medikament	Einnahme				
	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes