

## 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
- Seniorenzentrum Röttingen**  
Poststrasse 8, 97285 Röttingen ▪ Tel. 09338/9807-0 ▪ Fax 09338/9807-39

(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:

---

---

Laftendenz vorhanden ja  nein

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