

ÄRZTLICHES ATTEST

für die Aufnahme in die Bezirksalten- und Pflegeheime
des Sozialhilfeverbandes Schärディング

Familien- und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

Hilfe und Betreuung bei folgenden Verrichtungen:

- tägliche Körperpflege
- An- und Auskleiden
- Baden
- Medikamenteneinnahme
- Betten machen

Mobilität: gehend gehen mit Hilfe bettlägerig

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> teilweise	<input type="radio"/> teilweise	<input type="radio"/> teilweise

Hilfsmittel: Krücken Gehschule Rollstuhl

Inkontinenz:

<u>Harn:</u>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> leichte Ink.	<input type="radio"/> Dauerkatheter
<u>Stuhl:</u>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> fallweise	<input type="radio"/> Anus Praeter

Nahrungsaufnahme: selbständig mit Hilfe Sondennahrung

Kostform-Diät:

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> feste Nahrung | <input type="radio"/> Breikost | | |
| <input type="radio"/> Normalkost | <input type="radio"/> Schonkost | <input type="radio"/> Zuckerdiät | <input type="radio"/> Leber-Galle-Diät |

Angaben zum Allgemeinzustand:

<u>Orientierung:</u>	zeitlich	örtlich	zur Person
	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> nicht immer	<input type="radio"/> nicht immer	<input type="radio"/> nicht immer

Diabetes insulinpflichtig: ja nein

Infektionskrankheiten: nein
 ja, folgende: _____

Letztes Lungenröntgen am: _____

Suchtkrankheiten: nein
 ja, folgende: _____

Psychische oder organische Störungen: _____

Derzeit eingenommene Medikamente: _____

**Gründe der Heimunterbringung
aus ärztlicher Sicht:** _____

Unterschriftsleistung des Antragstellers/der Antragstellerin ist **nicht möglich**, weil:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes