

Ärztlicher Bericht/Ärztliches Zeugnis
(Auszufüllen, durch den Hausarzt, ca. 1 Woche vor Einzug in das Zentrum)

über Frau / Herrn..... geboren am

wohnhaft

zwecks Aufnahme in das ZENTRUM FÜR ÄLTERE MENSCHEN

des Ev. Stift Alt- und Neu Bethlehem

Martin-Luther-Straße 16 - 37081 Göttingen, Tel. 0551/99889-0, Fax 0551/99889-40

1. Eine Heimaufnahme ist erforderlich / wünschenswert
2. Ist Patient gehfähig Ja Nein
3. bettlägerig Ja Nein häufig ständig
4. inkontinent Ja Nein zeitweise
5. örtlich orientiert Ja Nein nicht immer
6. zeitlich orientiert Ja Nein nicht immer
7. nachts unruhig Ja Nein nicht immer
8. fremder Hilfe bedürftig Ja Nein zeitweise bei Nahrungsaufnahme
 An- u. Auskleiden
9. Treppensteigen möglich Ja Nein beschränkt Aufstehen u.
 Zubettgehen
 Toilette
 Toilettenbenutzung
10. Körperliche Behinderungen Ja Nein
Wenn ja welcher Art ?
11. Leidet der Patient an einer Psychischen Krankheit Ja Nein
Wenn ja welche Art der Krankheit
12. Besteht bei dem Patienten/der Patientin Anhaltspunkte für das Vorliegen einer infektiösen Lungentuberkulose nach § 36 IfSG Abs.4 / Röntgen Datum Ja Nein
13. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten ? Ja Nein
Wenn nein, Art der Krankheit
14. Ist besondere Diät erforderlich ? Ja Nein
Art der Diät
15. Sind laufende ärztl. Behandlungen notwendig? Ja Nein
Wenn Ja welche:.....
.....
16. Sonstige Angaben zur Gesundheit- u. körperlichen Verfassung
17. Sonstige Hinweise und Bemerkungen
18. Ist der Impfstatus in Bezug auf das Coronavirus Covid-19 bekannt? Ja Nein
Wenn Ja, wie viele Impfungen Datum letzte Impfung:.....

..... den

Stempel u. Unterschrift des Arztes