

Ärztin/Arzt	Ort, Datum
-------------	------------

Zu Az.

Ärztliche Bescheinigung

Zur Pflegebedürftigkeit und Notwendigkeit einer dauernden Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung

Name, Vorname der Patientin oder des Patienten	geboren am
--	------------

Feststellungen des Arztes

über Art und Umfang der notwendigen und geleisteten Hilfen wegen einer Krankheit oder Behinderung (das heißt, dass der Pflegebedürftige die im Folgenden aufgeführten Verrichtungen nicht ohne fremde Hilfe selbst vornehmen kann).

Diagnose, die ursächlich für die Hilflosigkeit ist

--

Die Hilflosigkeit ist nicht auf altersbedingte Funktionseinschränkungen zurückzuführen.

Hilfen erforderlich bei	keine	gelegentlich	häufig	ständig
1. An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Betten, Aufstehen				
2.1 Aufstehen, Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Körperreinigung, -pflege				
3.1 Waschen, Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Mund- und Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Toilettengang, Inkontinenzversorgung				
4.1 Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Sauberhalten bei Inkontinenz (Urin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Sauberhalten bei Inkontinenz (Urin u. Stuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Sonstige Hilfen bei Blasen-/Darmentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mahlzeiten				
5.1 Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Hilfe beim Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. An- und Ablegen von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel				

- siehe Seite 2 -

