

# Ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung im Marie-Juchacz-Zentrum



Bezirksverband  
Mittelrhein e.V.

Geltungsbereich: Marie-Juchacz-Zentrum/ Einrichtung

Rhonestr. 5  
Tel.: 0221-7023-428

50765 Köln  
Telefax: 0221-7023762

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Dat. \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **KV Nummer:** \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Pflegegrad :**     0     I     II     III     IV     V     nicht bekannt

Diagnosen und/oder Behinderungen (bitte die für die Heimaufnahme entscheidende Diagnose oder Behinderung unterstreichen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|   | nein | ja  |
|---|------|-----|
| Besteht eine Betreuung/Notwendigkeit einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (z.B. Gesundheitsfürsorge)?<br>wenn ja, welche _____                   | ( )  | ( ) |
| Bestehen ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, MRSA, Clostridien, Hepatitis )?<br>wenn ja, welche _____  | ( )  | ( ) |
| Bestehen ansteckende Krankheiten/ Gründe einer Isolierung aufgrund von multiresistenten Erregern<br>wenn ja, welche : _____ ( ) 3MRGN oder ( ) 4 MRGN | ( )  | ( ) |
| Ist aufgrund einer ansteckenden Infektionskrankheit die Unterbringung in einem Einzelzimmer notwendig   | ( )  | ( ) |
| Besteht eine Suchtkrankheit oder Suchtgefährdung?<br>wenn ja, welche _____  | ( )  | ( ) |
| Bestehen psychische Störungen?<br>wenn ja, welche _____   | ( )  | ( ) |
| Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?<br>wenn ja, welche _____   | ( )  | ( ) |
| Ist der/die zukünftige Bewohner/-in Marcumarpatient/-in? _____  | ( )  | ( ) |
| Ist Diät oder Schonkost erforderlich?<br>wenn ja, welche _____  | ( )  | ( ) |

Frau/Herr \_\_\_\_\_ ist

|                            | zeitw. | nein | ja  |
|----------------------------|--------|------|-----|
| - ständig bettlägerig..... | ( )    | ( )  | ( ) |
| - geh- und stehfähig.....  | ( )    | ( )  | ( ) |
| <b>orientiert</b>          |        |      |     |
| - zum Ort.....             | ( )    | ( )  | ( ) |
| - zur Zeit.....            | ( )    | ( )  | ( ) |
| - zur Person.....          | ( )    | ( )  | ( ) |
| - zur Situation.....       | ( )    | ( )  | ( ) |

# Ärztliche Bescheinigung zur Anmeldung im Marie-Juchacz-Zentrum



Bezirksverband  
Mittelrhein e.V.

Geltungsbereich: Marie-Juchacz-Zentrum/ Einrichtung

|  | zeitw. | nein | ja  |
|--|--------|------|-----|
| <b>kontinent</b>   |        |      |     |
| - für Urin   | ( )    | ( )  | ( ) |
| - für Stuhl  | ( )    | ( )  | ( ) |
| - imstande, alleine zu gehen                             | ( )    | ( )  | ( ) |
| - auf Hilfsmittel angewiesen (Rollstuhl, Gehilfe, _____) | ( )    | ( )  | ( ) |
| - imstande, alleine zu Bett zu gehen/aufzustehen         | ( )    | ( )  | ( ) |
| - imstande, sich alleine zu waschen                      | ( )    | ( )  | ( ) |
| - imstande, sich alleine an- und auszukleiden            | ( )    | ( )  | ( ) |
| - imstande, selbständig zu essen                         | ( )    | ( )  | ( ) |
| - imstande, selbständig zu trinken                       | ( )    | ( )  | ( ) |
| - imstande, alleine die Toilette zu benutzen             | ( )    | ( )  | ( ) |
| - besteht eine starke motorische Unruhe:                 | ( )    | ( )  | ( ) |
| wie äußert sich diese?                                   | ( )    | ( )  | ( ) |
| - _____  |        |      |     |
| - _____  |        |      |     |
| - besteht eine Weglauftendenz?                           | ( )    | ( )  | ( ) |

**Besondere Pflegesituation:**

|                                     |  |     |     |
|-------------------------------------|--|-----|-----|
| Schwerlastbett nötig?               |  | ( ) | ( ) |
| Sauerstoffversorgung nötig?         |  | ( ) | ( ) |
| PEG Pumpe nötig?                    |  | ( ) | ( ) |
| Stoma Versorgung nötig?             |  | ( ) | ( ) |
| Absaugen nötig?                     |  | ( ) | ( ) |
| Weichlagerung / Wechseldruck nötig? |  | ( ) | ( ) |
| Bestehende Wunden:                  |  | ( ) | ( ) |

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

Sonstige Bemerkungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum Stempel, Unterschrift des Arztes

|                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <b>Interner Vermerk:</b> |                              |
|                          |                              |
| Datum                    | Einverständnis Pflegeleitung |