

ELTERNHEIM DER SYNAGOGEN-GEMEINDE KÖLN

OTTOSTR. 85 ☆ 50823 KÖLN ☆ TEL. 0221 – 71662-560

Ärztliche Bescheinigung

Name (bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben):		
Vorname:	Geburtsdatum:	
Straße:	PLZ:	Ort:

<i>Pflegebegründete Diagnosen und Befunde:</i>

Der Patient leidet unter folgenden funktionellen Einschränkungen:

	ja	nein	zeitweilig
- Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gehunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Begleitung beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hilfsmittel: Gehstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Urinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Desorientiertheit – zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

