

# SOZIALHILFEVERBAND ST. VEIT AN DER GLAN

DR.-A.-LEMISCH-STRASSE 57, 9300 ST. VEIT/GLAN

Telefon: 04212/2293-900 FAX: 04212/2293-950 E-Mail: shv@vg-sv.gde.at

## ÄRZTLICHES ATTEST

für die Aufnahme in die Bezirksalten- und Pflegeheime  
St. Salvator, St. Veit/Glan (Haus Sonnhang), Seniorentagesstätte

Familien- und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

### Hilfe und Betreuung bei folgenden Verrichtungen:

- |                                             |                                            |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="radio"/> tägliche Körperpflege | <input type="radio"/> An- und Auskleiden   |
| <input type="radio"/> Baden                 | <input type="radio"/> Medikamenteneinnahme |
| <input type="radio"/> 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:

Harn:               ja                       nein                       leichte Ink.                       Dauerkatheter

Stuhl:               ja                       nein                       fallweise                       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:

**Orientierung:**

zeitlich

- ja
- nein
- nicht immer

örtlich

- ja
- nein
- nicht immer

zur Person

- ja
- nein
- 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