



**SOZIALHILFEVERBAND ST. VEIT AN DER GLAN**  
**DR.-A.-LEMISCH-STRASSE 57, 9300 ST. VEIT/GLAN**

**ÄRZTLICHES ATTEST**

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

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

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

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

**Hilfe und Betreuung bei folgenden Verrichtungen:**

- tägliche Körperpflege
- An- und Auskleiden
- Baden
- Medikamenteneinnahme
- Betten machen

**Mobilität:**

gehend

gehen mit Hilfe

bettlägerig

- ja
- nein
- teilweise

- ja
- nein
- teilweise

- ja
- nein
- 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:**

feste Nahrung                       Breikost

Normalkost                       Schonkost     Zuckerdiät     Leber-Galle-Diät

**Angaben zum Allgemeinzustand:**

**Orientierung:**

zeitlich	örtlich	zur Person
<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"/> nicht immer	<input type="radio"/> nicht immer	<input type="radio"/> 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