

### FÜFO 7.3.4 Ärztliche Bescheinigung

_____ (Name)	_____ (Vorname)	_____ (Geburtsdatum)
<p>* „ (4) Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des §1 Abs.1 oder 1a des Heimgesetzes ... aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. ... Personen, die nach Satz 1 ein ärztliches Zeugnis vorzulegen haben, sind verpflichtet, die für die Ausstellung des Zeugnisses nach Satz 1 und 2 erforderlichen Untersuchungen zu dulden. ... bei erstmaliger Aufnahme darf die Erhebung der Befunde nicht länger als sechs Monate, bei erneuter Aufnahme zwölf Monate zurückliegen.“</p>		
<p><b>Liegen Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vor?</b></p> <p><input type="checkbox"/> NEIN <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> JA</span></p>		
<p><b>Liegen bei der o. g. Person Hinweise auf weitere Infektionserkrankungen vor, wie z. B.:</b></p> <p>- auf eine chronische Hepatitis B- und / oder C-Infektion bzw. Erkrankung?  <input type="checkbox"/> NEIN <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> JA</span></p> <p>- auf eine Infektion bzw. Besiedlung mit MRSA (Multiresistenter Staphylokokkus aureus)?  <input type="checkbox"/> NEIN <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> JA</span></p> <p>- auf sonstige Infektionen mit multiresistenten gramnegativen Erregern (3-MRGN oder 4-MRGN)?  <input type="checkbox"/> NEIN <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> JA _____</span></p> <p>- auf eine Infektion mit Clostridium difficile?  <input type="checkbox"/> NEIN <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> JA _____</span> (wenn JA welcher)</p> <p>- Sonstiges _____</p>		
<p><b>Diagnosen:</b></p> <p>- Demenz? <input type="checkbox"/> NEIN <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> JA</span></p> <p>- Hinlauftendenz? <input type="checkbox"/> NEIN <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> JA</span></p> <p>- Diabetes ? <input type="checkbox"/> NEIN <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> JA</span></p> <p>- <b>Sonstige:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

**Besteht eine Inkontinenz?**  NEIN

Stuhlinkontinenz

Harninkontinenz

Art der Harninkontinenz:

Belastungsinkontinenz

Überlaufinkontinenz

Dranginkontinenz

Mischinkontinenz

Reflexinkontinenz

Unkategorisierbar

<b>(Bei Inkontinenz bitte ein Muster 16 Rezept ausstellen)</b>	<b>Mustermann, Max</b> Musterweg 4711
	Dauerverordnung; Aufsaugende Inkontinenzartikel für die Dauer von 6 Monaten Diag.: Stuhlinkontinenz, Urininkontinenz, .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes