

Patient/ -in:

Name:

Adresse:

Name der Klinik und Station:

Datum Aufnahme:

## **Bescheinigung zur Vorlage beim Sozialamt**

Grund des Aufenthalts. Grund des Assistenzbedarfs.

Angesichts des o. g. stationären Aufenthalts ist/war es unumgänglich, eine Begleitpersonen des Assistenzdienstes ambulante dienste e.V. stationär aufzunehmen, die mit den speziellen Bedürfnissen des/der Patienten / –in vertraut sind. Folgende Tätigkeiten sind/waren von der Begleitpersonen zu übernehmen (zutreffendes Bitte ankreuzen):

- 10 Getränke reichen
- 10 Unterstützung bei den Mahlzeiten
- 10 Unterstützung bei der Körperpflege
- 10 Begleitung zur Toilette
- 10 Schiebedienst/Mobilitätshilfe außerhalb des Bettes im Krankenhaus, z.B. Cafeteriabesuch
- 10 Hilfestellung bei der Mobilität/ Mobilisierung
- 10 Kommunikation (wie beispielsweise Übersetzung bei Sprechbehinderung, Assistenz beim Telefonieren, Telefon/Handy anreichen, ggf. wählen, Telefon/Handy halten, Assistenz bei der Kommunikation im Internet / E-mail, Assistenz beim Schriftverkehr, Papiere und Dokumente ordnen und anreichen, Aufnahmeformulare ausfüllen etc.)
- 10 Handreichungen/Assistenzleistungen ohne grundpflegerischen Bezug (z.B. Brille aufsetzen/absetzen, Buch anreichen, Buch umblättern, Fernseher einschalten/ausschalten, Licht anschalten/ausschalten, Fenster öffnen/schließen, kleine Einkäufe im Auftrag des/der Patienten / –in)

- ⑩ Anwesenheit für unvorhergesehenem mitunter gefährliche Situationen, in denen schnelle Hilfe benötigt wird: betätigen des Notrufs bzw. rufen des Krankenhauspersonals
  
- ⑩ Sonstige: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des leitenden Oberarztes oder der Oberärztin