

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