

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur **stationären Dauerpflege**
 Kurzzeitpflege nach SGB V nach SGB XI

Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift

pflegebegründende Diagnosen (leserlich /keine Abkürzungen)

Weitere Diagnosen/ Symptome:

Psychische Erkrankung? nein ja, welche?

Suchtkrankheit? nein ja, welche?

Ansteckende Krankheit? nein ja, welche?

Multiresistenter Keim? ja, welcher?..... wo?

Allergie? nein ja, welche?

Hörbehinderung? nein leichte schwere **Sehbehinderung?** nein leichte schwere

Sprachstörung? nein leichte schwere **Schluckstörung?** nein leichte schwere

Dekubitus? nein ja, wo?

Kontrakturen? nein ja, wo?

Gewicht: kg **Größe:** m

Behandlungspflege (z.B. bei Medikation, Injektion, Verbandwechsel)

pers. Hilfe erforderlich? ja, bei wie oft?

Prognose Pflegeaufwand? abnehmend gleichbleibend zunehmend

Liegt eine Palliativsituation vor? nein ja noch unklar

Kognitive/ kommunikative

Fähigkeiten unbeeinträchtigt größtenteils vorhanden in geringem Maße vorh. nicht vorhanden

Zeitliche Orientierung

Örtliche Orientierung

Orientierung in der Person

Verstehen von Sachverhalten/ Informationen

Mitteilen von Schmerz/ Durst/Hunger/Kälteempfinden

Verstehen von Aufforderungen (Hören / kognitiv)

Besondere Verhaltensauffälligkeiten? nein selten gelegentlich täglich

Unruhe-/ Angstzustände

depressive Zustände

abwehrendes Verhalten

Hin-/Weglauff Tendenz

Besonderheiten

Der/die Patient/in ist mit einer Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung

einverstanden nicht einverstanden Verständigung nicht möglich.

Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist aus ärztlicher Sicht notwendig nein ja

Datum, Unterschrift u. Telefonnummer des Arztes

Pflegebericht / Pflegeüberleitungsbogen zum Ärztlichen Zeugnis (Teil 2)

Name Vorname Geb.-Datum

| Aktivität ist möglich ... | selbständig ggf. mit Hilfsmitteln | mit geringer punktuel- ler Hilfe | nur mit überwiegend personeller Hilfe | unselbst- ständig/ fremdüber- nommen | |
|---|---|---|--|---|------------------------------|
| Mobilität | | | | | |
| Positionswechsel im Bett | | | | | |
| Halten einer stabilen Sitzposition (Sessel) | | | | | |
| Umsetzen (Transfers) | | | | | |
| Fortbewegen im Wohnbereich (auf einer Ebene) | | | | | |
| Treppensteigen | | | | | |
| Liegt Bettlägerigkeit vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | | |
| Körperbezogene Pflegemaßnahmen | | | | | |
| Waschen d. vorderen Oberkörpers | | | | | |
| Intimhygiene | | | | | |
| Duschen und Baden (Körper, Haare) | | | | | |
| An-/ Auskleiden des Oberkörpers | | | | | |
| An-/ Auskleiden des Unterkörpers | | | | | |
| Benutzen einer Toilette | | | | | |
| | Nein | Ja | | | |
| | | selbständig | geringe punktuelle Hilfe | überwiegend personelle Hilfe | unselbst- ständig |
| Stuhlinkontinenz | | Bewältigung | | | |
| Dauerkatheter/ Urostoma | | Umgang | | | |
| Harninkontinenz | | Bewältigung | | | |
| Stoma | | Umgang | | | |
| Essen | | | | | |
| Aufnahme der Nahrung | | | | | |
| Mundgerechte Zubereitung | | | | | |
| Trinken | | | | | |
| Ernährung parental (PEG/ PEJ) | | | | | |
| Art der Sonde | | | | | |

Besondere Nahrung/ Ernährung erforderlich? nein ja, welche?

Werden Pflegehilfsmittel benötigt? nein ja, welche?.....
bereits verordnet? nein ja bereits vorhanden? nein ja

Besonderheiten

.....
.....

| |
|--|
| Ausgefüllt von (Arzt/ Station/ Pflegekraft) Datum, Unterschrift u. Telefonnummer..... |
|--|