

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.....
--