

Datum des Eingangs:

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

Besteht der Pflegebedarf voraussichtlich mind. 6 Monate? nein ja

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

Ärztliches Zeugnis Teil 2 (Pflegerbericht / Pflegeüberleitungsbogen – mit Teil 1 einzureichen)

Name Vorname Geb.-Datum

Aktivität ...	selbständig ggf. mit Hilfsmitteln	mit geringer punktuel- ler Hilfe	nur mit über- wiegend per- soneller Hilfe	unselbst- ständig/ fremdüber- nommen
---------------	---	--	---	---

Mobilität

Positionswechsel im Bett (Drehen, Aufrichten)				
Halten einer stabilen Sitzposition (Sessel)				
Umsetzen (Transfers)				
Fortbewegen im Wohnbereich (auf einer Ebene)				
Treppensteigen				

Liegt Bettlägerigkeit vor? nein 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 (Station/ Pflegekraft)
Datum, Unterschrift u. Telefonnummer.....