

An das **Seniorenbüro mit Pflegestützpunkt**,  
Tel. 0761/ 201-3032,  
Fax **Seniorenbüro**: 0761/ 201- 3039  
oder direkt an die **Pflegeeinrichtung**.....

Fehrenbachallee 12, 79106 Freiburg,  
E-Mail: seniorenbuero@stadt.freiburg.de

Fax-Nr.:.....

**Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur**  **stationären Dauerpflege**  
**Teil 1** (mit Teil 2 einzureichen)  **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?**  nein  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**

| <b><u>Fähigkeiten</u></b>                          | unbeeinträchtigt         | größtenteils vorhanden   | in geringem Maße vorh.   | nicht vorhanden          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeitliche Orientierung                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Örtliche Orientierung                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientierung in der Person                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstehen von Sachverhalten/ Informationen         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mitteilen von Schmerz/ Durst/Hunger/Kälteempfinden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstehen von Aufforderungen ( Hören / kognitiv)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Besondere Verhaltensauffälligkeiten?**

|                        | nein                     | selten                   | gelegentlich             | täglich                  |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Unruhe-/ Angstzustände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| depressive Zustände    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| abwehrendes Verhalten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hin-/Weglauff Tendenz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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 (Pflegebericht / Pflegeüberleitungsbogen – mit Teil 1 einzureichen)**

Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

| Aktivität... | selbständig<br>ggf. mit<br>Hilfsmitteln<br>möglich | mit geringer<br>punktuel-<br>ler<br>Hilfe<br>möglich | nur mit<br>überwiegend<br>personeller<br>Hilfe | unselbst-<br>ständig/ wird<br>fremdüber-<br>nommen |
|--------------|--|--|--|--|
|--------------|--|--|--|--|

**Mobilität**

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| Positionswechsel im Bett<br>(Drehen, Aufrichten) |  |  |  |  |
| Halten einer stabilen Sitzposition<br>(Sessel)   |  |  |  |  |
| Umsetzen (Transfers)                             |  |  |  |  |
| Fortbewegen im Wohnbereich<br>(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<br>punktuelle<br>Hilfe | überwiegend<br>personelle<br>Hilfe | unselbst-<br>ständig |
| Harninkontinenz            |      | Bewältigung |             |                                |                                    |                      |
| Stuhlinkontinenz           |      | Bewältigung |             |                                |                                    |                      |
| Dauerkatheter/<br>Urostoma |      | Umgang      |             |                                |                                    |                      |
| Stoma                      |      | Umgang      |             |                                |                                    |                      |

**Essen**

|                               |  |  |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|--|
| Aufnahme der Nahrung          |  |  |  |  |
| Mundgerechte Zubereitung      |  |  |  |  |
| Trinken                       |  |  |  |  |
| Ernährung parental (PEG/ PEJ) |  |  |  |  |
| <b>Art der Sonde</b><br>..... |  |  |  |  |

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten / besondere Ernährungsform** (z.B. Glutenfrei, Lactose- / Fructoseintoleranz, vegetarische / vegane Kost, etc.) .....

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

**Besonderheiten**  
.....  
.....

Ausgefüllt von (Arzt/ Pflegekraft) .....

Datum, Unterschrift u. Telefonnummer.....