

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

<u>Fähigkeiten</u>	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

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 (Pflegebericht / Pflegeüberleitungsbogen – mit Teil 1 einzureichen)

Name Vorname Geb.-Datum

Aktivität...	selbständig ggf. mit Hilfsmitteln möglich	mit geringer punktuel- ler Hilfe möglich	nur mit überwiegend personeller Hilfe	unselbst- ständig/ wird 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
Harninkontinenz		Bewältigung				
Stuhlinkontinenz		Bewältigung				
Dauerkatheter/ Urostoma		Umgang				
Stoma		Umgang				

Essen

Aufnahme der Nahrung				
Mundgerechte Zubereitung				
Trinken				
Ernährung parental (PEG/ PEJ)				
Art der Sonde				

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.....