

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur
Teil 1 (mit Teil 2 einzureichen)

☐ stationären Dauerpflege

☐ Kurzzeitpflege

☐ nach SGB V

☐ nach SGB XI

RÜCKGABE an: ☐ Patient*in/Angehörige

☐ Seniorenbüro mit Pflegestützpunkt

☐ Kliniksozialdienst

Tel. 0761/201-3032 Fax -3039, seniorenbuero@freiburg.de

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

pflegebegründende Diagnosen (leserlich /keine Abkürzungen)

Gewicht: _____ kg Größe: _____ m

Weitere Diagnosen/ Symptome:

Hörbehinderung? ☐ nein ☐ leichte ☐ schwere

Sehbehinderung? ☐ nein ☐ leichte ☐ schwere

Sprachstörung? ☐ nein ☐ leichte ☐ schwere

Schluckstörung? ☐ nein ☐ leichte ☐ schwere

Dekubitus? ☐ nein ☐ ja, wo? _____

Kontrakturen? ☐ nein ☐ ja, wo? _____

Med. Behandlungspflege: ☐ ja, was _____ wie oft? _____

Palliativsituation? ☐ nein ☐ ja ☐ noch unklar

Allergien/ Unverträglichkeiten? ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Ansteckende Krankheit? ☐ nein ☐ ja, welche? _____

☐ Tuberkulose

Multiresistenter Keim? ☐ nein ☐ ja, welcher? _____

wo? _____

Psychische Erkrankung? ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Suchtkrankheit? ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Demenz? ☐ nein ☐ ja

Kognitive/ kommunikative Fähigkeiten

unbeeinträchtigt

größtenteils

vorhanden

wenig vorhanden

nicht

vorhanden

Zeitliche Orientierung

☐

☐

☐

☐

Örtliche Orientierung

☐

☐

☐

☐

Orientierung in der Person

☐

☐

☐

☐

Verstehen von Sachverhalten/ Informationen

☐

☐

☐

☐

Mitteilen von z.B. Schmerz/Durst/Hunger

☐

☐

☐

☐

Verstehen von Aufforderungen

☐

☐

☐

☐

Besondere Verhaltensauffälligkeiten?

keine

selten

gelegentlich

täglich

Unruhe-/ Angstzustände *tagsüber*

☐

☐

☐

☐

Unruhe-/ Angstzustände *nachts*

☐

☐

☐

☐

depressive Zustände

☐

☐

☐

☐

abwehrendes Verhalten - *verbal*

☐

☐

☐

☐

abwehrendes Verhalten - *körperlich*

☐

☐

☐

☐

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, ärztliche Unterschrift u. Praxisstempel (Anschrift/Telefon): _____

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur Dauer- oder Kurzzeitpflege
Teil 2 Pflegebericht / Pflegeüberleitungsbogen – (mit Teil 1 einzureichen)

Name Vorname Geb.-Datum

selbstständig (ohne personelle Hilfe) **überwiegend selbstständig** (wenig Hilfe benötigt) **überwiegend un-selbstständig** (umfangreiche Hilfe) **unselbstständig** (vollständige Übernahme)

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

Liegt Bettlägerigkeit vor? ☐ nein ☐ ja

Essen				
Aufnahme der Nahrung	☐	☐	☐	☐
Mundgerechte Zubereitung	☐	☐	☐	☐
Trinken	☐	☐	☐	☐
Ernährung parental (PEG/ PEJ)	☐	☐	☐	☐

Art der Sonde

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	Wenn ja,	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend un-selbstständig	unselbstständig
Harninkontinenz	☐	☐	Bewältigung	☐	☐	☐	☐
Stuhlinkontinenz	☐	☐	Bewältigung	☐	☐	☐	☐
Stoma	☐	☐	Umgang	☐	☐	☐	☐
Katheter	☐	☐	Umgang	☐	☐	☐	☐

Art des Stomas / Katheters

Werden Pflegehilfsmittel benötigt? ☐ nein ☐ ja, welche?

bereits verordnet? ☐ nein ☐ ja bereits vorhanden? ☐ nein ☐ ja

Besonderheiten (z.B. bei Pflegebedarf / Ernährung):

.....
.....

Ausgefüllt von (Arzt/Ärztin/ Pflegekraft)

Datum, Unterschrift u. Stempel (Anschrift/Telefon):

.....