

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 selbst- ständig (wenig Hilfe benötigt)	überwiegend un- selbstständig (um- fangreiche Hilfe)	unselbstständig (vollständige Übernahme)
--	--	--	--	---

Mobilität				
Positionswechsel im Bett (Drehen, Aufrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition (Sessel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen (Transfers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen drinnen (auf einer Ebene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Bettlägerigkeit vor? ☐ nein ☐ ja

Essen				
Aufnahme der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung parental (PEG/ PEJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Art der Sonde

Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
Waschen d. vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden (Körper, Haare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen einer Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Ja	Wenn ja,	selbst- ständig	überwiegend selbst- ständig	überwiegend un- selbstständig	unselbst- ständig
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Umgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Umgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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):

.....