

**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	<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 z.B. Schmerz/Durst/Hunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Verhaltensauffälligkeiten?

	keine	selten	gelegentlich	täglich
Unruhe-/ Angstzustände <i>tagsüber</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe-/ Angstzustände <i>nachts</i>	<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 - <i>verbal</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abwehrendes Verhalten - <i>körperlich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hin-/Weglaufendenz	<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, 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"/>
Stuhmlinkontinenz	<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): _____