

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur

stationären Dauerpflege

Teil 1 (mit Teil 2 einzureichen)

Kurzzeitpflege

nach SGB V

nach SGB XI

RÜCKGABE an: Patient_in/Angehörige

Seniorenbüro mit Pflegestützpunkt

Kliniksozialdienst

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

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 **Covid-19-Impfung Stand:**.....

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

.....

.....

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur stationärem Dauerpflege oder Kurzzeitpflege
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 über- wiegend per- soneller Hilfe	unselbst- ständig/ wird fremd- übernom- men
-----------	--	--	---	---

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			
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/Ärztin/ Pflegekraft) Datum, Unterschrift u. Praxisstempel (Anschrift/Telefon):.....
--