

**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**

**Fähigkeiten** unbeeinträchtigt größtenteils vorhanden in geringem Maße vorh. nicht vorhanden

Zeitliche Orientierung

Örtliche Orientierung

Orientierung in der Person

Verstehen von Sachverhalten/ Informationen

Mitteilen von Schmerz/ Durst/Hunger/Kälteempfinden

Verstehen von Aufforderungen ( Hören / kognitiv)

**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, 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):..... .....
--