seniorenbüro mit Pflegestützpunkt | Freiburg im Breisgau

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 0761/201-3039
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**

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-/Weglauftendenz	❒	❒	❒	❒

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):……..

……

……

Stand: 01/2021

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 punktueller Hilfe möglich**	**nur mit überwiegend personeller Hilfe**	**unselbstständig/ wird fremdübernommen**
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**	**unselbstständig**
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):……
…… ……