

☐ St. Marienhaus, Talstr. 31, 79102 Freiburg,
Per Mail an heimanmeldungen.marienhaus@marienhaus-freiburg.de
☐ Wohnheim St. Johann, Kirchstr. 13, 79100 Freiburg, Tel.: 0761 7055-300, Fax 0761 7055-399
Hr. Palmisciano
☐ Stahlbad St. Antonius, Sonnenbergstr. 4, 79117 Freiburg,
Per Mail an: heimanmeldungen.stahlbad@marienhaus-freiburg.de

Datum des Eingangs:

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur ☐ **stationären Dauerpflege**
☐ **Kurzzeitpflege** ☐ nach SGB V ☐ nach SGB XI

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? ☐ 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** **in geringem** **nicht**
..... **vorhanden** **Maße vorh.** **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, Unterschrift u. Telefonnummer des Arztes

☐ St. Marienhaus ☐ Wohnheim St. Johann ☐ Stahlbad St. Antonius

Ärztliches Zeugnis Teil 2 (Pflegebericht / Pflegeüberleitungsbogen – mit Teil 1 einzureichen)

Name Vorname Geb.-Datum

Aktivität ...	selbständig ggf. mit Hilfsmitteln	mit geringer punktuel- ler Hilfe	nur mit über- wiegend per- soneller Hilfe	unselbst- ständig/ fremdüber- nommen
---------------	---	--	---	---

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
Stuhlinkontinenz		Bewältigung			
Dauerkatheter/ Urostoma		Umgang			
Harninkontinenz		Bewältigung			
Stoma		Umgang			

Essen

Aufnahme der Nahrung				
Mundgerechte Zubereitung				
Trinken				
Ernährung parental (PEG/ PEJ) Art der Sonde				

Besondere Nahrung/ Ernährung erforderlich? ☐ nein ☐ ja, welche?

Werden Pflegehilfsmittel benötigt? ☐ nein ☐ ja, welche?.....

bereits verordnet? ☐ nein ☐ ja bereits vorhanden? ☐ nein ☐ ja

Besonderheiten

.....
.....

Ausgefüllt von (Station/ Pflegekraft)
Datum, Unterschrift u. Telefonnummer.....