

St. Marienhaus, Talstr. 31, 79102 Freiburg, Tel: 0761 7055-1000, Fax: 0761 7055-1005

Fr. Eichholtz, Hr. Scheuermann

Wohnheim St. Johann, Kirchstr. 13, 79100 Freiburg, Tel.: 0761 7055-300, Fax 0761 7055-399

Hr. Palmisciano

Stahlbad St. Antonius, Sonnenbergstr. 4, 79117 Freiburg, Tel.: 0761 887945-30, Fax: 0761 887945-31

Fr. Gallus

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 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, Unterschrift u. Telefonnummer des Arztes** .....

**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) <b>Art der Sonde</b> .....				

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.....
--