

ÄRZTLICHES ATTEST

zur Aufnahme im Seniorenstift

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Aktueller Aufenthaltsort:

1. Diagnosen:

Dialyse Tracheostoma Portkatheter Beatmung

Allergien/Sonstiges:

2. Pfliegerrelevante Informationen:

Bewusstsein: wach schläfrig somnolent komatös

Mobilität: mobil mobil mit
Hilfsmittel vorübergehend
bettlägerig dauernd
bettlägerig

Größe: Gewicht: BMI:

Corona-Schutzimpfung: 1. Impftermin 2. Impftermin letzte Auffrischungsimpfung:

3. Ausschluss ansteckender Krankheiten:

Liegen Anhaltspunkte vor/ bestehen aktuelle Diagnosen für ansteckende Krankheiten (z.B. Tuberkulose, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Norovirus, VRE, Clostridien, COVID-19) vor?

nein ja:

4. Ernährung / Kostform:

selbständig überwiegend
unselbständig unselbständig

Essen

Trinken

Vollkost Leichte Kost Vegetarisch Passierte Kost Sonst:

Einnahme: oral Sonde Sonst:

5. Orientierung

zeitlich orientiert	ja	zeitweise nicht	nein
örtlich orientiert	ja	zeitweise nicht	nein
zur Person orientiert	ja	zeitweise nicht	nein
situativ orientiert	ja	zeitweise nicht	nein

6. Stimmungslage und Verhalten

sozial angemessen	(Weg-) Lauff Tendenz	Antrieb gesteigert	Antrieb reduziert
Abwehr von Pflegehandlungen	Aggressivität	Ängste	unruhig
	Sonstige Auffälligkeiten (wie z.B. suizidal, depressiv):		

Gerontopsychiatrische Diagnosen

z.B. Demenz-Form, Suchterkrankung, Psychose etc..

7. Hilfsmittel

Rollstuhl Rollator Gehstock Prothesen Sonstiges:

8. Sprache - Gehör-Sehvermögen

<u>Sprache:</u>	normal	stumm	Einschränkung durch:
<u>Gehör:</u>	normal	taub	Einschränkung durch:
<u>Sehvermögen:</u>	normal	blind	Einschränkung durch:

9. Selbstversorgung

	<u>selbständig</u>	<u>überwiegend unselbständig</u>	<u>unselbständig</u>
<u>Waschen</u>			
<u>Baden/Duschen</u>			
<u>An-/Auskleiden</u>			
<u>Essen</u>			
<u>Trinken</u>			

10. Ausscheidung

	<u>kontinent</u>	<u>überwiegend inkontinent</u>	<u>komplett inkontinent</u>
<u>Blasenkontrolle</u>			
<u>Darmkontrolle</u>			
Urostoma	Katheter	Art/Größe	
Enterostoma	Art/Lage		

11. Sonstiges

<u>Medikamentenplan</u>	liegt bei	wird nachgereicht	BTM-pflichtig
<u>Notwendigkeit von:</u>			
Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie	Reha
Wundversorgung	Dialyse	Sonstiges:	

12. Weiterversorgung

Art und Dauer der Pflege

**Vollstationäre Versorgung
(Pflegebereich)**

dauernd

Kurzzeitpflege ab

ca.

Tage

Beschützende Abteilung

Ort

Datum

Unterschrift + Stempel bzw. digitale Signatur des Arztes