

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-) Laftendenz	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