

Ärztliches Attest

Name des Bewohners: _____

Diagnosen:

Medikamente:

Kost: _____

Ansteckende Krankheiten: (z.B. TBC) nach Bundesseuchenschutzgesetz? nein ja

Bekannt: aktive Hepatitis HIV MRSA andere: _____

Behandlungsbedürftigkeit:

- Wundversorgung
- Sauerstoff
- Dauerkatheter
- Ernährungssonde
- Anus praeter
- sonstiges: _____

Ernährungszustand: normal adipös kachektisch

Diät erforderlich: nein ja _____

Orientiertheit: vollständig teilweise desorientiert

Verhalten: ruhig zeitweise unruhig
 depressiv Hinlauftendenz

Mitwirkung bei
Pflege und Therapie: entwickelt Eigeninitiative passiv
 aktiv nach Aufforderung unwillig

Sehen: unbeeinträchtigt beeinträchtigt _____

Hören: unbeeinträchtigt beeinträchtigt _____

Pflegebedürftigkeit:

- nein
- ja, fremde Hilfe erforderlich beim:
- An- und Auskleiden Waschen Baden Kämmen Rasieren
- Toilette Inkontinenz: Urin Stuhlgang besonderes: _____
- Gehen Aufsitzen Aufstehen Transfer Bewegen im Bett Lagern
- Mobilisation im Zimmer Mobilisation außerhalb des Zimmers/Hauses möglich

Körperliche Verfassung:

- Hilfsmittel: Rollator Rollstuhl andere: _____
- Nächtlicher Hilfebedarf: Nein Ja, bei _____
- Raucher Nein Ja viel gelegentlich
- Suchterkrankung Nein Ja: _____
- Infektionskrankheit Nein Ja: _____
- Derzeitiger Aufenthalt: zu Hause Krankenhaus
- Reha Pflegeheim sonstige: _____

Weitere wichtige Informationen:

Datum: _____

Stempel/Unterschrift (**zwingend** erforderlich): _____