

## Ärztliches Attest

Name des Bewohners: \_\_\_\_\_

Diagnosen:

---

---

---

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  weglaufgefährdet

Mitwirkung bei  entwickelt Eigeninitiative  passiv

Pflege und Therapie:  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:**

---

---

---

---

---

---

---

Stempel/Unterschrift (**zwingend** erforderlich): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_