

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 desorientiert
 depressiv weglaufergefährdet

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: _____