

**Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur**  **stationären Dauerpflege**  
 **Kurzzeitpflege**  nach SGB V  nach SGB XI

Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

Anschrift .....

**pflegebegründende Diagnosen** (leserlich /keine Abkürzungen) .....

**Weitere Diagnosen/ Symptome:**

**Psychische Erkrankung?**  nein  ja, welche? .....

**Suchtkrankheit?**  nein  ja, welche? .....

**Ansteckende Krankheit?**  nein  ja, welche? .....

**Multiresistenter Keim?**  ja, welcher?..... wo? .....

**Allergie?**  nein  ja, welche? .....

**Hörbehinderung?**  nein  leichte  schwere **Sehbehinderung?**  nein  leichte  schwere

**Sprachstörung?**  nein  leichte  schwere **Schluckstörung?**  nein  leichte  schwere

**Dekubitus?**  nein  ja, wo? .....

**Kontrakturen?**  nein  ja, wo? .....

**Gewicht:** ..... kg **Größe:** ..... m

**Behandlungspflege** (z.B. bei Medikation, Injektion, Verbandwechsel)

pers. Hilfe erforderlich?  ja, bei ..... wie oft? .....

**Prognose Pflegeaufwand?**  abnehmend  gleichbleibend  zunehmend

**Liegt eine Palliativsituation vor?**  nein  ja  noch unklar

**Kognitive/ kommunikative**

**Fähigkeiten** unbeeinträchtigt  größtenteils vorhanden  in geringem Maße vorh.  nicht vorhanden

Zeitliche Orientierung

Örtliche Orientierung

Orientierung in der Person

Verstehen von Sachverhalten/ Informationen

Mitteilen von Schmerz/ Durst/Hunger/Kälteempfinden

Verstehen von Aufforderungen ( Hören / kognitiv)

**Besondere Verhaltensauffälligkeiten?** nein  selten  gelegentlich  täglich

Unruhe-/ Angstzustände

depressive Zustände

abwehrendes Verhalten

Hin-/Weglauff Tendenz

**Besonderheiten** .....

Der/die Patient/in ist mit einer Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung

einverstanden  nicht einverstanden  Verständigung nicht möglich.

Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist aus ärztlicher Sicht notwendig  nein  ja

**Datum, Unterschrift u. Telefonnummer des Arztes** .....

# Pflegebericht / Pflegeüberleitungsbogen zum Ärztlichen Zeugnis (Teil 2)

Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

Aktivität ist möglich ...	selbständig ggf. mit Hilfsmitteln	mit geringer punktuel- ler Hilfe	nur mit überwiegend personeller Hilfe	unselbst- ständig/ fremdüber- nommen	
<b>Mobilität</b>					
Positionswechsel im Bett					
Halten einer stabilen Sitzposition (Sessel)					
Umsetzen (Transfers)					
Fortbewegen im Wohnbereich (auf einer Ebene)					
Treppensteigen					
<b>Liegt Bettlägerigkeit vor?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
<b>Körperbezogene Pflegemaßnahmen</b>					
Waschen d. vorderen Oberkörpers					
Intimhygiene					
Duschen und Baden (Körper, Haare)					
An-/ Auskleiden des Oberkörpers					
An-/ Auskleiden des Unterkörpers					
Benutzen einer Toilette					
	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>			
		<b>selbständig</b>	<b>geringe punktuelle Hilfe</b>	<b>überwiegend personelle Hilfe</b>	<b>unselbst- ständig</b>
Stuhlinkontinenz		Bewältigung			
Dauerkatheter/ Urostoma		Umgang			
Harninkontinenz		Bewältigung			
Stoma		Umgang			
<b>Essen</b>					
Aufnahme der Nahrung					
Mundgerechte Zubereitung					
Trinken					
Ernährung parental (PEG/ PEJ)					
<b>Art der Sonde</b> .....					

**Besondere Nahrung/ Ernährung erforderlich?**  nein  ja, welche? .....

**Werden Pflegehilfsmittel benötigt?**  nein  ja, welche?.....  
bereits verordnet?  nein  ja      bereits vorhanden?  nein  ja

**Besonderheiten**

.....  
.....

Ausgefüllt von (Arzt/ Station/ Pflegekraft)..... Datum, Unterschrift u. Telefonnummer.....
-----------------------------------------------------------------------------------------------