

ÄRZTLICHES ZEUGNIS (vertraulich)

Verein für Pflege und Betreuung
Paul Gerhardt e.V. Pforzheim
Frankstr. 83, 75172 Pforzheim
Telefon 07231 49 04-0
Telefax 07231 49 04-540
Internet www.seniorenzentrum-pg.de
eMail info@verein-pg.de

zur Aufnahme in Pflegeheim Betreutes Wohnen
 Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

1. Persönliche Angaben:

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Krankenversicherung _____

Pflegegrad 0 1 2 3 4 5 Antrag gestellt
 zusätzliche Betreuungsleistungen

2. Ärztliche Diagnosen:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

3. Ansteckende Krankheit/Allergien: keine

ja, _____
(bitte nennen)

4. Medikamente/Dosierung: aktueller Medikamentenplan liegt bei

5. Bewegungsfähigkeit:

eingeschränkt durch normal Rollstuhlfahrer/in
 (Halbseiten)-Lähmung bettlägerig
 Amputation
 Versteifung

Hilfsmittel/Prothesen _____

6. Kommunikation/Orientierung/psychische Situation:

- | | | | | |
|---------------------------|---|--|------------------------------------|---|
| Sehfähigkeit | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | | |
| Hörfähigkeit | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | | |
| Sprachfähigkeit | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | | |
| örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> weglaufgefährdet |
| zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | |
| nächtliche Unruhe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | |
| zur Person orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | |
| Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Suizidgefährdung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Verhaltensauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> depressive Grundstimmung | <input type="checkbox"/> Aggressivität | | |
| | <input type="checkbox"/> abwehrendes Verhalten | <input type="checkbox"/> Schreien | | |
| | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | | |

7. Unterstützung bei:

- | | | | |
|-----------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Körperpflege | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Anleitung | <input type="checkbox"/> nein |
| An-/ Auskleiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Anleitung | <input type="checkbox"/> nein |
| Trinken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Anleitung | <input type="checkbox"/> nein |
| Essen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Anleitung | <input type="checkbox"/> nein |
| Toilettengang | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Anleitung | <input type="checkbox"/> nein |

8. Hat der Patient/die Patientin:

- | | | | | | |
|----------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Inkontinenz: | <input type="checkbox"/> Urin | <input type="checkbox"/> Stuhl | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Dauerkatheter: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Anus praeter: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| PEG: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Magensonde: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wunde: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |

Wunde, bitte beschreiben: _____

9. Welche Behandlungs- und/oder Rehabilitationsmaßnahmen sollen eingeleitet oder weitergeführt werden (Gymnastik o. ä.)?

10. Bemerkungen des Arztes:

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes / Stempel