

Ärztliches Zeugnis

zur Vorbereitung der Aufnahme in eine Kurzzeitpflege

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Bestehen ansteckende Krankheiten, wie

Salzbergstraße 6 b
38855 Wernigerode

- Tuberkulose (Tbc)? ja nein
- Erreger Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA)? ja nein

Ernährungs- und Kräftezustand: gut kachektisch adipös exsikkiert

Größe: _____ Gewicht: _____

Diät erforderlich: nein ja, welche? _____

Ärztliche Diagnosen:

Pflegeprobleme: Apalliker Ulcus cruri Kontrakturen Tracheostoma
 PEG-Anlage Anus praeter Dekubitus Frakturen
 Sonstiges

Urininkontinenz: nein ja gelegentlich
Stuhlinkontinenz: nein ja gelegentlich

Geistiger Zustand: altersgerecht verhaltensauffällig Depression Demenz Wahn

Unruhezustände: nein ja Suizidales Verhalten: nein ja

Weglauftendenz: nein ja Sucht: nein ja

Erhöhte Aufsicht erforderlich: nein ja

Aufnahme in den gerontopsychiatrischen Bereich erforderlich: nein ja

Bemerkung: _____

Bewegungsfähigkeit: Mobilität eingeschränkte Mobilität Bettlägerigkeit

Bemerkungen:

Pflegebedürftigkeit:

nein ja

- Aufstehen und Zubettgehen
 - täglicher Körperpflege
 - An- und Auskleiden
 - Essen und Trinken
 - Benutzen der Toilette
 - Bewegung innerhalb und außerhalb des Hauses
 - Gebrauch von Gehhilfen
 - Treppen gehen
 - Einnahme von Medikamenten
 - Verabreichung von Injektionen
 - Lagern bei Bettlägerigkeit
 - Sonstigem
-

**Versorgung mit Hilfsmitteln,
wenn ja, welche?**

Medikation:

Welche Behandlungsmaßnahmen sollen eingeleitet bzw. weitergeführt werden?

Bemerkungen des Arztes zur Notwendigkeit der Kurzzeitpflege:

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes