

# Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur

stationären Dauerpflege

**Teil 1** (mit Teil 2 einzureichen)

Kurzzeitpflege

nach SGB V

nach SGB XI

RÜCKGABE an:  Patient\_in/Angehörige

Pflegehaus im Thomaszentrum

Kliniksozialdienst

Tel. 0761 216367-0 | Fax 0761 216367-140

ph-thomaszentrum@stadtmission-freiburg.de

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?**  nein  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  **Covid-19-Impfung Stand:**.....

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

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

**Prognose Pflegeaufwand?**  abnehmend  gleichbleibend  zunehmend

**Besteht der Pflegebedarf voraussichtlich mind. 6 Monate?**  nein  ja

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

## Kognitive/ kommunikative

<u>Fähigkeiten</u>	unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorh.	nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung in der Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Sachverhalten/ Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von Schmerz/ Durst/Hunger/Kälteempfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen ( Hören / kognitiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Besondere Verhaltensauffälligkeiten?

	nein	selten	gelegentlich	täglich
Unruhe-/ Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressive Zustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abwehrendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hin-/Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Besonderheiten:**.....

Der/die Patient\_in ist mit einer Aufnahme in das **Pflegehaus im Thomaszentrum**  
 einverstanden  nicht einverstanden  Verständigung nicht möglich.  
Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung (**Pflegehaus im Thomaszentrum**) ist aus ärztlicher Sicht notwendig  nein  ja  
Datum, ärztliche Unterschrift u. Praxisstempel (Anschrift/Telefon):.....

.....

.....

**Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur stationärem Dauerpflege oder Kurzzeitpflege**  
**Teil 2 (Pflegebericht / Pflegeüberleitungsbogen – mit Teil 1 einzureichen)**

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

<b>Aktivität</b>	<b>selbständig ggf. mit Hilfsmitteln möglich</b>	<b>mit geringer punktuel- ler Hilfe möglich</b>	<b>nur mit über- wiegend per- soneller Hilfe</b>	<b>unselbst- ständig/ wird fremd- übernom- men</b>
------------------	--	---	--	--

**Mobilität**

Positionswechsel im Bett (Drehen, Aufrichten)				
Halten einer stabilen Sitzposition (Sessel)				
Umsetzen (Transfers)				
Fortbewegen im Wohnbereich (auf einer Ebene)				
Treppensteigen				

**Liegt Bettlägerigkeit vor?**  nein  ja

**Körperbezogene Pflegemaßnahmen**

Waschen d. vorderen Oberkörpers				
Intimhygiene				
Duschen und Baden (Körper, Haare)				
An-/ Auskleiden des Oberkörpers				
An-/ Auskleiden des Unterkörpers				
Benutzen einer Toilette				

	Nein	Ja			
		selbständig	geringe punktuelle Hilfe	überwiegend personelle Hilfe	unselbst- ständig
Harninkontinenz		Bewältigung			
Stuhlinkontinenz		Bewältigung			
Urostoma		Umgang			
Stoma		Umgang			

**Essen**

Aufnahme der Nahrung				
Mundgerechte Zubereitung				
Trinken				
Ernährung parental (PEG/ PEJ)				
<b>Art der Sonde</b> .....				

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten / besondere Ernährungsform** (z.B. Glutenfrei, Lactose- / Fructoseintoleranz, vegetarische / vegane Kost, etc.) .....

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

**Besonderheiten:**.....

Ausgefüllt von (Arzt/Ärztin/ Pflegekraft) ..... Datum, Unterschrift u. Praxisstempel (Anschrift/Telefon):..... .....
--