

Ärztliches Zeugnis

1. Angaben zur Person

Frau Herr

Name, Vorname: _____

ggf. Geburtsname: _____

aktuelle Adresse
Straße: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

zuständiger Arzt: _____

_____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____

_____ Telefon: _____

Pflegegrad: _____

von Zuzahlung befreit: ja nein

gegenwärtiger Aufenthaltsort: _____

2. Gesamtdiagnose

Liegt eine ansteckende Tuberkulose der Atemorgane vor? nein ja welcher Art?
Bestätigung nach § 48a (2) Bundesseuchengesetz _____

Bestehen ansteckende Krankheiten? nein ja _____

Besteht eine Suchtkrankheit? nein ja _____

Liegen psychische Störungen vor? nein ja _____

3. Beurteilung der Pflegeintensität

Kommunikation

Orientierungsvermögen

zeitlich ja zeitweise nein
 örtlich ja zeitweise nein
 persönlich ja zeitweise nein
 situativ ja zeitweise nein

Hörvermögen ungestört
Sprachvermögen ungestört
Sehvermögen ungestört

Einschränkungen

Essen und Trinken

selbständig | gelegentliche Hilfe | meistens Hilfe erforderlich, zerkleinern, zureichen etc. | stets Hilfe erforderlich, enterale Ernährung

Bewegung

selbständig | braucht Anregung | muss mobilisiert werden | stets Hilfe erforderlich bzw. Lagerung

Körperpflege / Haut

selbständig | braucht Anregung | muss mobilisiert werden | stets Hilfe erforderlich

Ausscheidung

selbständig | muss zur Toilette geführt werden | Harn-/Stuhlinkontinenz | Katheterismus | Toilettentraining

Kontakt, sinnvolle Zeitstrukturierung

selbständig | braucht gelegentliche Hilfe, will animiert werden | braucht Angebote, Ansprache, Beschäftigung

Behandlungspflege (Mehrfachnennung möglich)

Medikamentengabe

Injektionen

Verbände

Krankenbeobachtung

Erforderliche Hilfsmittel z.B. Rollstuhl, Toilettenstuhl, Antidekubitus-Matratze)

_____	vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

_____ Datum

_____ Unterschrift des behandelnden Arztes + Arztstempel