

Friesisches Pflegezentrum Accum

Geestweg2, 26419 Schortens, Tel.:04423-9166-0,Fax 04423-916640

E-Mail: pflegezentrum.accum@ewetel.net

Ärztliche Stellungnahme zur vollstationären Aufnahme

Vollzeitpflege **Kurzzeitpflege** **Pflegestufe: 0** **1** **2** **3**

Name und Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Aufnahme im Krankenhaus am: _____ Voraussichtlicher Entlassungstermin _____

Welche Krankheiten oder Behinderungen liegen zurzeit vor? Bitte genaue Diagnosen und Prognosen!

Aufgrund des/der Leiden liegt/liegen vor:

eine nicht nur vorübergehende

wesentliche

nicht wesentliche

geistige

seelische

körperliche

Behinderung oder Störung.

- Liegt eine Inkontinenz vor? Harninkontinenz : Ja Nein Teilweise
- Stuhlinkontinenz: ja nein Teilweise
- Ist der Patient Apalliker? Ja nein
- Liegt eine Demenzerkrankung vor? Ja nein Teilweise
- Liegt eine Anfallserkrankung vor? Ja nein
- Liegt eine Suchterkrankung vor? Ja nein Welche _____
- Liegen Orientierungsstörungen vor? Zeitlich Örtlich Situativ
- Bestehen aggressive Tendenzen? Ja Nein
- Muss der Bewohner fixiert werden? Ja Nein Teilweise
- Liegt ein Fixierbeschluss vor? Ja Nein
- Besteht eine Weglauftendenz? Ja Nein
- Besteht Suizidgefahr? Ja Nein
- Ist der Schlaf - Wachrhythmus gestört? Ja Nein
- Gibt es Anhaltspunkte für eine ansteckende Infektionskrankheit? (z.B. Tbc,MRSA) Ja Nein
- Ist eine Diät erforderlich? Ja Nein Welche _____

Friesisches Pflegezentrum Accum

Geestweg 2, 26419 Schortens, Tel.: 04423-9166-0, Fax 04423-916640

E-Mail: pflegezentrum.accum@ewetel.net

Ärztliche Stellungnahme zur vollstationären Aufnahme

Bei welchen Verrichtungen benötigt der Bewohner Hilfe?

- | | | | |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Nahrungsaufnahme | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> |
| An- und Auskleiden | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> |
| Grundpflege | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> |
| Behandlungspflege | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> |
| Toilettengänge | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> |
| Mobilität | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> |

Welche Medikamente benötigt der Bewohner in welcher Dosierung?

Diagnose	Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Benötigt der Bewohner Hilfe bei der Einnahme? Ja Nein

Liegt beim Bewohner ein Dekubitus vor? Ja Nein

In welchem Grad ist der Dekubitus einzuordnen?

Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4

Wie wird der Dekubitus behandlungspflegerisch versorgt?

Welche pflegerischen bzw. ärztlichen Maßnahmen sind außerdem nötig?

Aus welchen Gründen ist die vollstationäre Aufnahme erforderlich?

Sonstige Hinweise und Bemerkungen (Betreuungen etc.):

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Stempel: _____