

Ärztliche Bestätigung

Aufnahme in die Tagespflege Susanne Speitel und Cornelia Göbel GbR „Helfen mit Herz und Verstand“ in Leinach

Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung im verschlossenen Umschlag an uns. **Die Angaben werden streng vertraulich behandelt.**

Tagespflege Susanne Speitel und Cornelia Göbel GbR
„Helfen mit Herz und Verstand“
Rathausstraße 31
97274 Leinach

1. Name: _____ geb.: _____

Adresse: _____

2. Ärztliche Diagnosen

Krankheiten des Kreislaufsystems: _____

Krankheiten des Verdauungssystems: _____

Krankheiten des Urogenitalsystems: _____

Krankheiten des Skelettes, der Muskeln: _____

Endokrinopathien und Stoffwechselstörungen: _____

Krankheiten der Sinnesorgane: _____

Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems: _____

sonst. Diagnosen (Schluckstörungen, Sucht...): _____

Kontrakturen (welche?): _____

Sturzrisiko: _____

Dekubitus / Dekubitusrisiko (wo, Grad, Größe): _____

Inkontinenz: _____

3. Hilfsmittel

Stock Brille Zahnprothese Prothesen (Arm/Bein)

Rollator Rollstuhl Sauerstoffgerät Anti-Thrombose-Strümpfe

Hörgerät Dauerkatheter orthopädische Schuhe sonstiges

Name _____

Vorname _____

4. Stimmungslage und Verhalten

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> sozial angemessenes Verhalten | <input type="checkbox"/> zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> Unruhezustände |
| <input type="checkbox"/> verbale Aggressivität | <input type="checkbox"/> örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> traurige Stimmungslage |
| <input type="checkbox"/> körperliche Aggressivität | <input type="checkbox"/> situativ orientiert | <input type="checkbox"/> ängstliche Stimmungslage |
| <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung | <input type="checkbox"/> zur Person orientiert | <input type="checkbox"/> Hinlauf-/ Weglauftendenz |

5. Ärztliche Einschätzung zur Pflegebedürftigkeit

	Ärztlicherseits nichts bekannt	selbständig	bedingt selbständig (begrenzte Hilfe)	teilweise unselbständig (verstärkte Hilfe)	unselbständig
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (z.B. Waschen, An- und Auskleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen	<input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	täglich <input type="checkbox"/>

6. Ernährung (aktueller Status)

- | | | | |
|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normalkost | <input type="checkbox"/> passierte Kost | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> Nasen-Sonde |
| <input type="checkbox"/> Sonderkostformen (diätetisch, lactosefrei...) | | | |

Sonstige Hinweise zur Ernährung: _____

7. Letzte stationäre Behandlung:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Akutkrankenhaus | <input type="checkbox"/> Psychiatrie | | |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitation von: _____ | bis: _____ | Ort: _____ | Grund: _____ |

8. (Weitere) fachärztliche Behandlung durch: _____ Fachrichtung _____

Name _____ Vorname _____

9. Aktuelle Medikation (bzw. Medikationsplan § 31a SGB V „E-Health-Gesetz“)

10. Ausschluss ansteckender Krankheiten



Liegen Anhaltspunkte für ansteckende Krankheiten insbesondere für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vor? (u. a. Nachweis gem. § 36 Abs. 4 IfSG)

nein ja, _____

11. Hausärztliche Versorgung übernimmt

Unterzeichnender Arzt _____

13. Besondere Hinweise: _____

Diese Bestätigung wurde ausgefüllt von: _____
Name des Arztes Tel. Nr. für Rückfragen

Ort Datum Stempel und Unterschrift des Arztes