

Ärztliches Zeugnis der Anmeldung zur Aufnahme

Tagespflege Vinzenz, Mönchhofstraße 28-30, 69120 Heidelberg



Tagespflegegastdaten:

Nachname:	Vorname:
Straße/Hausnummer:	Wohnort:
Kranken-/Pflegekasse:	Geburtsdatum:
Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Einstufung läuft (vermuteter Pflegegrad: <input type="checkbox"/>)

Medizinische Angaben:

Diagnosen:

Diagnosen:	

Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane?

ja nein

(§36 Abs. 4 des Infektionsschutzgesetztes)

Vorliegen von Infektionskrankheiten?

ja nein

Art der Infektionskrankheiten:

Vorliegen von Infektionen mit multiresistenten Keimen?

ja nein

MRSA MRGN 3 MRGN4

Erreger nachweis durchgeführt?

ja nein

VRE ESBL

Sonstige:

Stand der Sanierung:

Liegen Allergien/Unverträglichkeiten vor?

ja nein

Art der Allergien/Unverträglichkeit:

Spezieller Pflegebedarf?

(z. B. Chronische Wunden, O₂-Gabe)

ja nein

Form der speziellen Pflege:

Werden Hilfsmittel benötigt?

ja nein

Art der Hilfsmittel:

Alltagskompetenzen:

Stuhlkontrolle		kontinent <input type="checkbox"/>	teilweise inkontinent <input type="checkbox"/>	inkontinent <input type="checkbox"/> Anus Praeter <input type="checkbox"/>
Urinkontrolle		kontinent <input type="checkbox"/>	teilweise inkontinent <input type="checkbox"/> Uro Stoma <input type="checkbox"/>	inkontinent <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/>
Gehen		unabhängig <input type="checkbox"/>	mit Hilfe <input type="checkbox"/>	kann nicht gehen <input type="checkbox"/>

Orientierung

Einschränkung umfassend

Einschränkung teilweise

keine Einschränkung

Verhalten und Stimmungslage

unauffällig

abwehrend

unkooperativ

ängstlich

fremdaggressiv

selbstgefährdend

ausgeglichen

gedrückt/depressiv

gehoben/manisch

Besteht eine Hinlauftendenz?

ja nein

Gibt es Hinweise auf einen ungewollten signifikanten Gewichtsverlust?

ja nein

Ist ein Sturzereignis aus den letzten 6 Monaten bekannt?

ja nein

Bestätigung der Richtigkeit der Angaben

Datum

Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes

Telefon/Fax

