



Stellungnahme zur ärztlichen Einschätzung anlässlich:

vollstationärer Pflege / Kurzzeitpflege / Tagespflege

von Frau / Herr: _____ geboren am: _____

Pflegebegründende Diagnose(n)	1. Hauptdiagnose:	
	2. Nebendiagnosen:	
Allgemeine Befunde	3. Ansteckungsfähige TBC / Verdacht <small>(Ärztl. Zeugnis n. § 36 IfSG)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
	4. Sonstige Infektionskrankheiten? <small>(Wenn ja, welche?)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
	5. Ernährungs- / Flüssigkeitsdefizit <small>(Auffälligkeiten? Wenn ja, welche? Diäten?)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
	6. Schmerzen <small>(Wenn ja, Schmerzort, -art, weitere Symptome?)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
	7. Wunden <small>(Wenn ja, Art, Lokalisation?)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
	8. Kontrakturen <small>(Wenn ja, Art, Lokalisation?)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
	9. Inkontinenz <small>(Wenn ja, welche?)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
	10. Suchterkrankungen <small>(Wenn ja, welche?)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
	11. Körperliche Behinderungen <small>(Wenn ja, welche?)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
	12. Psychische Störungen <small>(Wenn ja, welche?)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
	13. Anerkannte Berufskrankheiten <small>(Wenn ja, welche?)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
	14. Allergien / Besonderheiten <small>(Wenn ja, welche?)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:

15. Behandlungspflegische Versorgung / Anordnungen

16. Medikamente / auch Bedarfsmedikation (ggf. Medikationsplan beifügen)

	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

17. Sonstige, weitere Hinweise / Besonderheiten / Zu beachten:

- Unterschrift, Datum, Stempel Arztes/Ärztin -

