

# 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:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane?</b> (§36 Abs. 4 des Infektionsschutzgesetzes)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
---	---

<b>Vorliegen von Infektionskrankheiten?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Art der Infektionskrankheiten:
---	---	--------------------------------

<b>Vorliegen von Infektionen mit multiresistenten Keimen?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	MRSA <input type="checkbox"/> MRGN 3 <input type="checkbox"/> MRGN4 <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Erregernachweis durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Stand der Sanierung:

<b>Liegen Allergien/Unverträglichkeiten vor?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Art der Allergien/Unverträglichkeit:
--	---	--------------------------------------

<b>Spezieller Pflegebedarf?</b> (z. B. Chronische Wunden, O <sub>2</sub> -Gabe)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Form der speziellen Pflege:
--	---	-----------------------------

<b>Werden Hilfsmittel benötigt?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Art der Hilfsmittel:
-------------------------------------	---	----------------------

## Alltagskompetenzen:

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

<b>Orientierung</b>	Einschränkung umfassend <input type="checkbox"/> Einschränkung teilweise <input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/>
---------------------	--

<b>Verhalten und Stimmungslage</b>	unauffällig <input type="checkbox"/> abwehrend <input type="checkbox"/> unkooperativ <input type="checkbox"/>	ängstlich <input type="checkbox"/> fremdaggressiv <input type="checkbox"/> selbstgefährdend <input type="checkbox"/>	ausgeglichen <input type="checkbox"/> gedrückt/depressiv <input type="checkbox"/> gehoben/manisch <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	--	--

<b>Besteht eine Hinlauftendenz?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	---

<b>Gibt es Hinweise auf einen ungewollten signifikanten Gewichtsverlust?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
--	---

<b>Ist ein Sturzereignis aus den letzten 6 Monaten bekannt?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
---	---

Bestätigung der Richtigkeit der Angaben

Datum

Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes

Telefon/Fax

