

# ÄRZTLICHES ATTEST

Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Vollstationäre Pflege ab \_\_\_\_\_

1. Name, Vorname \_\_\_\_\_

2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

3. Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Versich.Nr. \_\_\_\_\_

4. Pflegebedürftigkeit in  Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4

Grad 5

5. Einstufung beantragt am \_\_\_\_\_ Die Einstufung erfolgte am \_\_\_\_\_

6. Ist Patient gehfähig ?  ja  nein  zeitweise

7. Ist Treppensteigen möglich ?  ja  nein

8. Ist Patient bettlägerig ?  ja  nein  zeitweise

9. Beherrschung Stuhlabgang ?  ja  nein  zeitweise

10. Beherrschung Urinabgang ?  ja  nein  zeitweise

11. Fremder Hilfe bedürftig  Aufstehen  Waschen  Frisieren / Rasieren

bei / beim:  Ankleiden  Essen  Lagern zur Nachtruhe

Benutzen der Toilette

12. Örtliche Orientierung ?  ja  nein  zeitweise

13. Zeitliche Orientierung ?  ja  nein  zeitweise

14. Ist Patient nachts ruhig ?  ja  nein  zeitweise

15. Gemütsstimmung ?  willig  freundlich  verdrießlich

16. Gefährliche Eigenschaften ?  nein  ja Art \_\_\_\_\_

17. Suchtkrankheiten ?  nein  ja Art \_\_\_\_\_

18. Körperliche Behinderungen ? \_\_\_\_\_

19. Geistig-seelische Behinderung ? \_\_\_\_\_

20. Ansteckende Krankheiten ?  ja / welche \_\_\_\_\_  nein

21. TBC?  nein  ja

\_\_\_\_\_ letzte Untersuchung

22. Besteht Weglauftendenz  nein  ja  Selbstgefährdung liegt vor

23. Diagnose \_\_\_\_\_

24. Derzeitige Therapien: \_\_\_\_\_

25. Derzeitige Medikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes