

Alten- und Pflegeheim Luise-Klaiber-Haus

Papierweg 11, 79400 Kandern, Träger: Spital- und Pfründefonds Kandern
Tel.: 07626/9155-0 Fax 9155-42, E-Mail: info@luise-klaiber-haus.de, Internet: www.luise-klaiber-haus.de

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur Pflegeheimaufnahme Kurzzeitpflege Tagespflege

Vor- und Zuname Geburtsdatum

Hauptdiagnosen
.....

Weitere Diagnosen und Symptome:

Psychische Erkrankung ? nein ja, welche ?

Suchtkrankheit ? nein ja, welche ?

Ansteckende Krankheit ? nein ja, welche ?

Anhaltspunkte für eine ansteckende Lungentuberkulose ? nein ja **MRSA ?** nein ja

Allergie ? nein ja, welche ?

Hörbehinderung ? nein leichte schwere **Sehbehinderung ?** nein leichte schwere

Sprachstörung ? nein leichte schwere **Schluckstörung ?** nein leichte schwere

Dekubitus ? nein leichte schwere **Kontrakturen ?** nein leichte schwere

Täglicher Hilfebedarf in Form der Beaufsichtigung oder Anleitung (B/A), der Unterstützung (U), teilweisen Übernahme (TÜ) oder vollständigen Übernahme (VÜ) bei der

Körperpflege	Kein	B/A	U	TÜ	VÜ	nein	zeitweise	dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein	ja	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katheterpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomapflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ernährung Kein B/A U TÜ VÜ

Mundgerechte Zubereitung

Aufnahme der Nahrung

Sonde nein ja, welche ?

Ist eine besondere Ernährung erforderlich ?

nein ja, welche ?

Mobilität Kein B/A U TÜ VÜ

Aufstehen/Zubettgehen

Ankleiden/Auskleiden

Umlagern

Gehen

Stehen

Treppensteigen

Verlassen des Hauses

Liegt Bettlägrigkeit vor ? nein ja

Werden Pflegehilfsmittel benötigt ?

nein ja, welche ?

bereits vorhanden? ja nein

bereits verordnet ? ja nein

Orientierung vorhanden fehlt teilweise fehlt dauernd

zeitlich

örtlich

in der Person

Ruhe / Schlaf nein zeitweise dauernd

nachts unruhig

tags unruhig

Weglauff Tendenz ? nein ja

Liegt Rehabilitationsfähigkeit vor ? ja nein noch unklar

Besonderheiten

Die Aufnahme in ein Heim ist mit dem/der Patient/in besprochen. Der/die Patient/in ist

einverstanden nicht einverstanden Verständigung nicht möglich

Die Aufnahme in ein Pflegeheim/ eine Kurzzeitpflegeeinrichtung wird aus ärztlicher Sicht befürwortet.

Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes