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  (Ärztl. Zeugnis n. § 36 IfSG) | | Nein Ja: | |
| 4. Sonstige Infektionskrankheiten?  (Wenn ja, welche?) | | Nein Ja: | |
| 5. Ernährungs- / Flüssigkeitsdefizit  (Auffälligkeiten? Wenn ja, welche? Diäten?) | | Nein Ja: | |
| 6. Schmerzen  (Wenn ja, Schmerzort, -art, weitere Symptome? | | Nein Ja: | |
| 7. Wunden  (Wenn ja, Art, Lokalisation?) | | Nein Ja: | |
| 8. Kontrakturen  (Wenn ja, Art, Lokalisation?) | | Nein Ja: | |
| 9. Inkontinenz  (Wenn ja, welche?) | | Nein Ja: | |
| 10. Suchterkrankungen  (Wenn ja, welche?) | | Nein Ja: | |
| 11. Körperliche Behinderungen  (Wenn ja, welche?) | | Nein Ja: | |
| 12. Psychische Störungen  (Wenn ja, welche?) | | Nein Ja: | |
| 13. Anerkannte Berufskrankheiten  (Wenn ja, welche?) | | Nein Ja: | |
| 14. Allergien / Besonderheiten  (Wenn ja, welche?) | | Nein Ja: | |
|  |  | |  | |
| **15. Behandlungspflegerische 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 -