



Internet: www.schenkel-schoeller.de E-mail: info@schenkel-schoeller.de

**Ärztliche Stellungnahme für die Aufnahme in die Tagespflege,
 Kurzzeitpflege oder vollstationäre Pflege**

Die Stellungnahme erfolgt zur ärztlichen Einschätzungen des Pflege-/Versorgungsbedarfs für:

Frau / Herr _____ geboren am _____

A. Pflegebegründende Diagnose:

Bestehen Infektionskrankheiten?

- MRSA letzte Untersuchung am _____ Ergebnis: _____
- TBC
- andere Infektionserkrankung _____

B. Allgemeinbefund (zutreffendes bitte ankreuzen)

Allgemeinzustand/	gut	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>	deutlich reduziert	<input type="checkbox"/>	
Ernährungszustand					zeitweise	<input type="checkbox"/>	
Harninkontinenz	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	
Stuhlinkontinenz	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	benommen	<input type="checkbox"/>	komatös <input type="checkbox"/>
Bewusstseinslage	wach	<input type="checkbox"/>	schläfrig	<input type="checkbox"/>	zur Person	<input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>
Desorientierung	örtlich	<input type="checkbox"/>	zeitlich	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	
Selbstgefährdungstendenz	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	
Fremdgefährdungstendenz	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	
Lauftendenz	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	
Übertragbare Krankheiten	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			
Suchterkrankungen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			

C. Funktionelle Einschränkungen (zutreffendes bitte ankreuzen)

des Stütz- und Bewegungsapparates

keine	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>
schwer	<input type="checkbox"/>	Funktionsaus	<input type="checkbox"/>

der inneren Organe

keine	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>
schwer	<input type="checkbox"/>	Funktionsausfall	<input type="checkbox"/>

der Sinnesorgane

keine	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>
schwer	<input type="checkbox"/>	Funktionsausfall	<input type="checkbox"/>

des ZNS und der Psyche

Keine	<input type="checkbox"/>	Mä	<input type="checkbox"/>
schwer	<input type="checkbox"/>	Funktionsaus	<input type="checkbox"/>

