

Ärztliches Zeugnis

Name des Gastes: _____

Diagnosen:

Kost: _____

Ansteckende Krankheiten: (z.B. TBC) nach Bundesseuchengesetz? nein ja

Bekannt: aktive Hepatitis HIV MRSA andere _____

Behandlungsbedürftigkeit: Wundversorgung Sauerstoff Dauerkatheter
 Ernährungssonde Anus praeter sonstiges: _____

Ernährungszustand: normal adipös kachektisch

Diät erforderlich: nein ja (_____)

Orientiertheit: vollständig teilweise desorientiert

Verhalten: ruhig zeitweise unruhig
 depressiv weglaufgefährdet

Mitwirkung bei entwickelt Eigeninitiative passiv

Therapie und Pflege: aktiv nach Aufforderung unwillig

Sehen: unbeeinträchtigt beeinträchtigt _____

Hören: unbeeinträchtigt beeinträchtigt _____

Pflegebedürftigkeit:

nein

ja, jedoch bei intensiver Rehabilitation voraussichtlich Besserung

ja, fremde Hilfe erforderlich beim:

An,- und Auskleiden Waschen Baden Kämmen Rasieren

Toilette Inkontinenz: Urin Stuhlgang besonderes: _____

Gehen Aufsitzen Aufstehen Transfer Bewegen im Bett Lagern

Mobilisation im Zimmer Mobilisation außerhalb des Zimmers/ Hauses möglich

Stempel/

Unterschrift (**zwingend** erforderlich): _____ Datum: _____

erstellt	genehmigt	Datum	Gültig bis
M. Alfia	G. Kolb	09.12.2013	-