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 -