

Ärztliches Einweisungszeugnis

Personalien

Name: _____ Vornamen: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

Station: _____ Zimmer: _____

Dringlichkeit der Aufnahme: baldmöglichst sofort ab _____

Diagnosen

Systemanamnese

Nervensystem

- Demenz
- Paresen / Plegien
- Psychosen

Kreislauf

- art. Hypertonie
- chron. venöse Insuffizienz
- Coronare Herzkrankheit
- Herzinsuffizienz

Harnwege

- rez. Harnwegsinfekte
- Inkontinenz
- Katheter

Verschiedenes

- Arthrosen
- Diabetes mellitus
- Medikamentenallergien

Therapie / Medikamente

- Aktivierungstherapie
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie

Bemerkungen

Ort, Datum:

Stempel / Unterschrift:

Pflegebericht

- ausfüllen durch Arzt/Spitex
- bei spitalinterner Verlegung Patienten-/Pflegedokumentation beilegen

Lebensaktivitäten

S = selbständig

A = unter Anleitung

St = stellvertretend

	S	A	St	Besonderes
Körperpflege				
Tgl. Körperpflege				
Baden/duschen				
Sich an/auskleiden				
Ernährung				
Essen/trinken				
Diät/Spezielles:				
Ausscheidung				
Urin				
Stuhl				
DK				
Atmung				
Prophylaxen				
Mobilität				
Transfer				
Gehhilfen				
Kommunikation / Hilfsmittel				
Sehen				
Hören				
Sprechen				
Ruhe / Schlaf				
Sicherheit				
Gewohnheiten / Bedürfnisse				
Zu beachten				