

Ärztliches Zeugnis



Stiftung Juliusspital Würzburg

Senioren-, Pflege- und Pfründestift

Klinikstr. 10, 97070 Würzburg

Telefon: 0931 – 393-1321, Fax: 0931 – 393-1326

E-mail: seniorenstift@juliusspital.de

Name:	<input type="text"/>	Geb.-Datum:	<input type="text"/>
Aktueller Aufenthaltsort:	<input type="text"/>		

1. Diagnosen:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

2. Vorgeschichte:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

3. Ausschluss ansteckende Krankheiten:

Liegen Anhaltspunkte für ansteckende Krankheiten (z.B. Tuberkulose; Haut-oder Geschlechtskrankheiten; pathogene Darmkeime, Norovirus, Hepatitis, HIV, MRSA/ORSA) vor?

nein Ja:

4. Diäten - Kostform:

Normalkost Diabeteskost leichte Kost
 passierte Kost Sondenkost

Gewicht: Größe: BMI:

5. Orientierung:

- | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----------------|--------------------------|------|
| zeitliche orientiert | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | zeitweise nicht | <input type="checkbox"/> | nein |
| örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | zeitweise nicht | <input type="checkbox"/> | nein |
| zur Person orientiert | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | zeitweise nicht | <input type="checkbox"/> | nein |
| situativ orientiert | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | zeitweise nicht | <input type="checkbox"/> | nein |

6. Stimmungslage und Verhalten:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> sozial angemessen | <input type="checkbox"/> körperliche Aggressivität | <input type="checkbox"/> depressiv |
| <input type="checkbox"/> Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> Antrieb gesteigert | <input type="checkbox"/> manisch |
| <input type="checkbox"/> überwiegend bettlägrig | <input type="checkbox"/> Antrieb reduziert | <input type="checkbox"/> Halluzinationen |
| <input type="checkbox"/> verbale Aggressivität | <input type="checkbox"/> unruhig | <input type="checkbox"/> suizidal |

Gerontopsychiatrische Diagnosen (z.B. Psychose, manisch-depressive Erkrankung, Demenz, Suchterkrankung, Persönlichkeitsstörung):

7. Sprache – Gehör – Sehvermögen:

- Sprache:**
- | | | |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> unartikuliert | |
| <input type="checkbox"/> stumm | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Sprachverständnis gestört |

- Gehör:**
- | | | |
|---------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> mit Hörhilfen | <input type="checkbox"/> taub |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

- Sehvermögen:**
- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> hochgradig sehbehindert | <input type="checkbox"/> blind |
| <input type="checkbox"/> Gesichtsfeld-einschränkung | <input type="checkbox"/> _____ | |

8. Hilfsmittel:

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Prothesen |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> suprapubischer Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe | <input type="checkbox"/> PEG/PEJ | <input type="checkbox"/> _____ |

9. Modifizierter Barthel-Index:

	keine Hilfe notwendig	Hilfe teilweise notwendig	vollständige Übernahme notwendig
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlegen orthopädischer und anderer Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mundgerechtes Vorbereiten des Essens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darm/Blasenentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient ist	nein	ja zeitweise	ja dauernd
harninkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bettlägrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Empfohlene stationäre Versorgung:

- Kurzzeitpflege (ab _____)
- vollstationäre Versorgung (Pflegebereich)
- beschützende Abteilung
- _____

Voraussichtliche Dauer der Pflege:

- dauernd
- ca. _____ Tage

Würzburg, _____

Unterschrift und Stempel des Arztes