

Abs.:

Caritas Altenheim Heilig-Geist Spital

Spitalgasse 7 84453 Mühldorf am Inn

Tel.: 08631- 1859 - 0

Fax: 08631- 1859 - 198

E-Mail: heilig-geist-spital@caritasmuenchen.org

Ärztliche Stellungnahme

für die vollstationäre Pflege, Kurzzeit-/ Verhinderungspflege, Tagespflege

Bitte den Bogen vollständig ausfüllen und zutreffendes mit "X" ankreuzen. Faxen Sie das Formular oder geben Sie es dem/ der Patient/in mit.

Die Vorlage dieser ärztlichen Stellungnahme ist Voraussetzung für das Zustandekommen eines Vertrages. Ohne Unterschrift u. Stempel eines/r approbierten Arztes/Ärztin kann die Stellungnahme NICHT akzeptiert werden.

Name:		Vorname:		
Geburtsname:		Geburtsdatum:		
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 beantragt am:				
Mobilität:	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> eingeschränkt mobil	<input type="checkbox"/> immobil	
Sehbeeinträchtigung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,			
	Hilfsmittel:			
Hörbeeinträchtigung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,			
	Hilfsmittel:			
Kommunikationsbeeinträchtigung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,			
	Hilfsmittel:			
Hilfebedarf bei/beim:	<input type="checkbox"/> Essen/ Trinken		<input type="checkbox"/> Toilettengang	
	<input type="checkbox"/> An-/ Auskleiden		<input type="checkbox"/> Aufstehen	
	<input type="checkbox"/> Körperpflege		<input type="checkbox"/> Gehen	
Orientierung:	zeitlich	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nie
	örtlich	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nie
	situativ	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nie
	zur Person	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nie
Hinlauffähigkeit:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,			
Harninkontinenz:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,			
	Hilfsmittel:			
Stuhlinkontinenz:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,			
	Hilfsmittel:			
Allergien:			

Diagnosen:	
------------	--

Gestörter Tag-/ Nachtrhythmus:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
-----------------------------------	--

Ist der/die Patient/in frei von Krankheiten (gem. §36 IfSG)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein,
--	--

Impfschutz Status	Covid Impfung erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
-------------------	--

Medizinische Besonderheiten und sonstige ärztliche Hinweise/ Bemerkungen (z.B. Suchtproblematik):	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> Anus Präter <input type="checkbox"/> Tracheostoma
---	---

Notwendigkeit der palliativen Versorgung/ Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
---	--

Verord. Datum	Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Hdz. Arzt

Sonstige Verordnungen:	Verord. Datum	Verordnung	Hdz. Arzt

....., den

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes