

# 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 |
|------------------------------------|---|---|----|------------|
| <b>Körperpflege</b>                |   |   |    |            |
| Tgl. Körperpflege                  |   |   |    |            |
| Baden/duschen                      |   |   |    |            |
| Sich an/auskleiden                 |   |   |    |            |
| <b>Ernährung</b>                   |   |   |    |            |
| Essen/trinken                      |   |   |    |            |
| Diät/Spezielles:                   |   |   |    |            |
| <b>Ausscheidung</b>                |   |   |    |            |
| Urin                               |   |   |    |            |
| Stuhl                              |   |   |    |            |
| DK                                 |   |   |    |            |
| <b>Atmung</b>                      |   |   |    |            |
| Prophylaxen                        |   |   |    |            |
| <b>Mobilität</b>                   |   |   |    |            |
| Transfer                           |   |   |    |            |
| Gehhilfen                          |   |   |    |            |
| <b>Kommunikation / Hilfsmittel</b> |   |   |    |            |
| Sehen                              |   |   |    |            |
| Hören                              |   |   |    |            |
| Sprechen                           |   |   |    |            |
| <b>Ruhe / Schlaf</b>               |   |   |    |            |
| <b>Sicherheit</b>                  |   |   |    |            |
| <b>Gewohnheiten / Bedürfnisse</b>  |   |   |    |            |
| <b>Zu beachten</b>                 |   |   |    |            |