SHV
Sozialhilfeverband
Ried im Innkreis

Ärztliches Attest

Familienname:..... **Vorname**:.....

Adresse: .....geb. am: .....

Pflegegeld: o ja, Stufe: ..... o nein

Diagnosen:.....

.....

.....

.....

Gefahrenprognose: .....

O Sturzgefährdung .....

O Fremdgefährdung……

O Selbstgefährdung……

Medikamente

Name	früh	mittags	abends	nachts

Orientierung			
	zeitweise desorientiert		nachts
	völlig desorientiert		Fluchttendenz

Sonstiges			
	Schluckstörung		hochgradig sehbehindert / blind
	künstl. Ernährung (Sonde)		hochgradig schwerhörig / taub
	Diabetiker/in insulinpflichtig o		Alkoholabusus
	tracheostomiert		Hepatitis
	Dauerkatheter		Infektiöse Erkrankungen
	Herzschrittmacher		MRSA
			Allergien

Ort, Datum..... Unterschrift:.....

Fassung: Jänner 2018