

Ärztliches Attest

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

Adresse:geb. am:

Pflegegeld: o ja, Stufe: o nein

Diagnosen:.....
.....
.....
.....

Gefahrenprognose:

- Sturzgefährdung
- Fremdgefährdung.....
- 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:.....