

## Ärztliches Attest

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

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

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

**Diagnosen:**.....  
.....  
.....  
.....

**Gefahrenprognose:** .....

- Sturzgefährdung .....
- Fremdgefährdung.....
- Selbstgefährdung.....

**Medikamente**

Name	früh	mittags	abends	nachts

<b>Orientierung</b>	
zeitweise desorientiert	nachts
völlig desorientiert	Fluchttendenz

<b>Sonstiges</b>	
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:.....