

Ärztliches Attest

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

Adresse: geb. am:

Pflegegeld: ja, Stufe: 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 <input type="radio"/> | Alkoholabusus |
| tracheostomiert | Hepatitis |
| Dauerkatheter | Infektiöse Erkrankungen |
| Herzschrittmacher | MRSA |
| | Allergien |

Ort, Datum Unterschrift: