

Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Dortmund Klosterstr. 8-10 44135 Dortmund	 QM H - Dokument Stationäre Altenpflege Bereich: Verwaltung	Seniorenwohnstätte Eving 44339 Dortmund
Dokumentnr.		FB-Verw III-6.3.1/34

Medizinische Angaben zur Einschätzung der pflegerischen Versorgung

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____ Faxnummer: _____

Med. Diagnosen / Grunderkrankungen:

Ergänzende Angaben:

Bewusstsein: wach somnolent orientiert desorientiert

Kommunikationsschwierigkeiten: akustisch visuell sprachlich

Psychische Auffälligkeiten:

(z.B. hat eine Hinlauftendenz, nächtliche Unruhe, schreien, chronische Schmerzen etc.)

Besonderheiten: Dauerkatheter Anus praeter PEG
 nicht gehfähig ständig bettlägerig Rollstuhl Sturzgefahr
 Hilfe bei Nahrungsaufnahme

Bitte schicken Sie uns einen aktuellen Medikamentenplan zu unter der Fax-Nummer 0231/98512099.

Ort / Datum

Unterschrift / Arztstempel

Version	Datum	Archivierung		Seite
2.0	05.10.2018	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1 von 1