

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/SPF Anus praeter PEG Tracheostoma
 - Portversorgung
 - Bewegung selbständig (ggf. mit Hilfsmittel) ständig bettlägerig
 - Hilfsmittel zur Fortbewegung, wenn ja, Rollstuhl Rollator
 - Sturzgefahr
 - Dekubitus, wenn ja _____ (Grad?) _____ wo: _____
 - chronische Wunden, wenn ja _____ (wo?)
 - Allergien _____
 - Injektionen Sauerstoffgabe

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

Ort / Datum

Unterschrift / Arztstempel

Version	Datum	Archivierung	Seite
3.0	15.09.2023	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1 von 1