

Ärztliches Attest und Pflegerische Einschätzung zur Aufnahme

eines/einer Bewohner*in am Standort:

o Linz (linz@barbara-hospiz.at Tel.: +43 5 0354 7220)

o Ried (ried@barbara-hospiz.at Tel.: +43 5 0354 7320)

o Vöcklabruck (vocklabruck@barbara-hospiz.at Tel.: +43 5 0354 7520)

Familienname: _____

Vorname: _____

Adresse/Nummer: _____

_____ geb. am: _____

Versicherungsnummer: _____ **Versicherungsträger:** _____

Angehörige/Ansprechperson: _____ **Tel:** _____

Pflegegeld: o ja, Stufe: _____ o nein Höherstufung beantragt am _____

Erwachsenenvertretung: o ja o nein o beantragt _____

Patientenverfügung: o ja o nein

Vorsorgevollmacht: o ja o nein

Diagnosen:

Lebenserwartung/Prognose:

Medizinisches Therapieziel:

Potenzielle Gefahren: Sturzgefährdung Fremdgefährdung Selbstgefährdung

Aktueller Arztbrief beigelegt Medikamentenblatt beigelegt wird nachgereicht



Orientierung

Grund der Anmeldung

	Vollständig Orientiert		Medizinische Indikation
	Zeitweise Desorientiert		Pflegerische Indikation
	Hauptsächlich desorientiert		Soziale Indikation
	Nächtliche Desorientiertheit		Anmerkungen:
	Weglauftendenz		

Sonstiges

	Schluckstörung		Seh-/Hörbehinderung
	nasogastrale Sonde o Ernährung o Entlastung		PEG Sonde o Ernährung o Entlastung
	o Port o PICC LINE		PCA Pumpe
	Parenterale Ernährung		Allergien
	Diabetiker*in o Insulinpflichtig		Alkoholabusus
	Tracheostoma		Drainagen
	Dauerkatheter		Infektiöse Krankheiten
	Herzschrittmacher		MRSA

o Der Hospizwerber stimmt der Weitergabe der Informationen zu.

Ort, Datum Unterschrift:

Name des Arztes und Kontaktdaten:



Pflegerrelevantes Assessment:

Vorsondierung durch:

- Mobiles Palliativteam
- Palliativ-Konsiliardienst
- Palliativstation

Derzeitige Versorgung:

- Ausführende Pflegeperson: _____
- Pflege-/Familienhospizkarenz: _____
- 24h Betreuung: _____
- Mobile Dienste: _____
- Sonstige Unterstützung: _____

Eruiierung des Pflegeaufwandes:

Mobilität: _____

Ernährung: _____

Kommunikation: _____

Beschäftigung: _____

Spiritualität: _____

Schlafen:

Körperpflege: _____

Wunden: _____

Medikamente/Applikationsformen: _____

Besonderheiten: _____

Soziale Komponente: _____

