

**Ärztliches Attest und Pflegerische Einschätzung zur Aufnahme**

**eines/einer Bewohner\*in am Standort:**

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

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

**o Vöcklabruck** [voecklabruck@barbara-hospiz.at](mailto:voecklabruck@barbara-hospiz.at) Tel.: +43 5 0354 7520

**Familienname:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**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

**Rezeptgebührenbefreit:** 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: \_\_\_\_\_

**Eruierung des Pflegeaufwandes:**

Mobilität: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ernährung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kommunikation: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Beschäftigung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Spiritualität: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schlafen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Körperpflege: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wunden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente/Applikationsformen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Soziale Komponente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

