Seniorenwohnheim Mehrnbach
4941 Mehrnbach 43 ☎ 07752/82201
✉ post@swh-mehrnbach.at www.swh-mehrnbach.at

Ärztliches Attest

I. PERSÖNLICHE DATEN DER UNTERSUCHTEN PERSON

Zu- und Vorname: ..... Geb.Datum: .....

Anschrift: ..... Pflegestufe: …… O kein Pflegegeld

II: UNTERSUCHUNGSBEFUND:

Welche Krankheiten o. Gebrechen liegen vor, welche für die Betreuung und Pflege von Bedeutung sind:

….....
….....
….....
….....

Gefahrenprognose (Welche und Gegenmaßnahme):

O Sturzgefährdung: _____
O Fremdgefährdung: _____
O Selbstgefährdung: _____

Medikamente:

Name	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bedarf

Orientierung:

O zeitweise desorientiert
O völlig desorientiert
O nachts
O Fluchttendenz

Sonstiges:

O Schluckstörung O ja O nein O weiche Kost O Breikost		O Eindicken notwendig? O ja O nein	O sirupartig O honigartig O geleeartig
O künstliche Ernährung (Sonde)			
O hochgradig sehbehindert O hochgradig schwerhörig	O blind O taub	O Diabetiker/in O insulinpflichtig	O Allergien:
O tracheotomiert		O Alkoholabusus	O MRSA
O Dauerkatheter		O Hepatitis	O Sonstiges:
O Herzschrittmacher		O Infektiöse Erkrankungen	
O Implantate:			

_____ _____

Ort und Datum

Unterschrift des begutachtenden Arztes