

Ärztliches Attest

Familienname: **Vorname:**.....

Adresse: geb. am:

Pflegegeld: ja, Stufe: nein

Diagnosen:

.....

.....

.....

Gefahrenprognose:

Sturzgefährdung

Fremdgefährdung

Selbstgefährdung.....

Medikamente

Name	früh	mittags	abends	nachts

Orientierung	
zeitweise desorientiert	nachts
völlig desorientiert	Fluchttendenz

Sonstiges	
Schluckstörung	hochgradig sehbehindert / blind
künstl. Ernährung (Sonde)	hochgradig schwerhörig / taub
Diabetiker/in insulinpflichtig <input type="radio"/>	Alkoholabusus
tracheostomiert	Hepatitis
Dauerkatheter	Infektiöse Erkrankungen
Herzschrittmacher	MRSA
	Allergien

Ort, Datum Unterschrift: