

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	☐ Fluchttenenz

Sonstiges

☐ Schluckstörung	☐ hochgradig sehbehindert / blind
☐ künstl. Ernährung (Sonde)	☐ hochgradig schwerhörig / taub
☐ Diabetiker/in ☐ insulinpflichtig ☐	☐ Alkoholabusus
☐ tracheostomiert	☐ Hepatitis
☐ Dauerkatheter	☐ Infektiöse Erkrankungen
☐ Herzschrittmacher	☐ MRSA
☐	☐ Allergien

Ort, Datum Unterschrift: