

**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)

Familienname: _____

Vorname: _____

Adresse/Nummer: _____

_____ geb. am: _____

Versicherungsnummer: _____ **Versicherungsträger:** _____

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

Pfleggeld: 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

