

Arztzeugnis

(an die ärztliche Leitung)

Name / Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
Telefon _____

Definitiver Aufenthalt ja nein

Ferienaufenthalt ja nein

Weitere Heimanmeldungen ja nein

Wenn ja, wo: _____

Diagnosen

Medikamente

Therapien

Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose

Thorax Röntgen innert der letzten 6 Monate ja nein

Hinweis auf aktive Tbc ja nein

Patientenverfügung vorhanden

ja nein

Soziale Situation

Aktueller Aufenthaltsort _____

Rückkehr nach Hause möglich wahrscheinlich unmöglich

Betreuung zu Hause durch Partner/in Angehörige Bekannte

Spitex Andere _____

Name / Adresse der wichtigsten Bezugsperson

Angaben zur Pflege und Betreuung

Kommunikation / Orientierung

Visus leicht eingeschränkt oder normal stark eingeschränkt

Gehör leicht eingeschränkt oder normal stark eingeschränkt

Orientierung fehlend in Zeit Ort Situation Person

Sprache / Verständigung möglich eingeschränkt unmöglich

Sich pflegen

selbständig

unter Anleitung (verbal und taktil)

Körperliche Hilfe: 1 Person 2 Personen

vollständige Übernahme

Sich kleiden

selbständig

unter Anleitung (verbal und taktil)

Körperliche Hilfe: 1 Person 2 Personen

vollständige Übernahme

Sich bewegen

selbständig

Gehen in Begleitung

Gehen mit körperlicher Unterstützung: 1 Person 2 Personen

Gehen mit Hilfsmitteln Stock Rollator Andere _____

Gehen nicht möglich ständige Rollstuhlbenützung

Bewegung im Bett

selbständig

unter Anleitung (verbal und taktil)

Körperliche Hilfe: 1 Person 2 Personen

vollständige Übernahme

Transfer

selbständig

unter Anleitung (verbal und taktil)

Körperliche Hilfe: 1 Person 2 Personen

vollständige Übernahme

Ausscheiden

Toilettenbenützung

- selbständig
- unter Anleitung (verbal und taktil)
- Körperliche Hilfe: 1 Person 2 Personen

nicht möglich

- Urininkontinenz nein gelegentlich immer
- Dauerkatheter nein ja → suprapubisch transurethral
- Stuhlinkontinenz nein gelegentlich immer

Essen und trinken

- selbständig
- unter Anleitung (verbal und taktil)
- körperliche Hilfe durch 1 Person
- Schluckstörungen
- Sondennahrung
- Kostform / Diät _____

Tages-/Nachtrhythmus

- normaler Tages-/Nachtrhythmus
- zeitweise Unruhe tagsüber nachts
- dauernde Unruhe

Zusätzliche Bemerkungen

Adresse Hausarzt / zuweisender Arzt

Ort / Datum _____ Unterschrift _____