



# Arztzeugnis

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.Datum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Zurzeit (Spital/Heim):** \_\_\_\_\_

Festeintritt:  Ferien / Kurzaufenthalt (laut KK max. 56 Tage):

Weitere Heimanmeldungen:

Wo: \_\_\_\_\_

Triage:  selbständig  pflegebedürftig

hilfsbedürftig  schwer pflegeabhängig

Psychatriepatient

**Einweisungsgrund:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_

(inkl. Allergien etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bestehen ansteckende Krankheiten?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Therapien:** \_\_\_\_\_

(z.B. Physiotherapie) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medikamente:** \_\_\_\_\_

**Reserve-Medikamente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

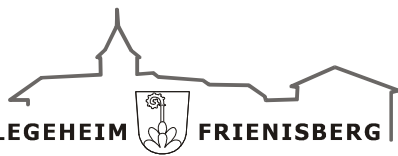
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## ART UND GRAD DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

### Physischer Zustand

- Sehschärfe beeinträchtigt
  - mässig
  - stark
- Gehör beeinträchtigt
  - links  rechts
  - leicht  schwer
- Sprachstörungen
  - Dyphasie
  - Dysarthrie
  - Hilfsmittel \_\_\_\_\_
- Nahrungssonde
- Diät nötig:
  - püriert
  - Diabetiker
  - salzarm
  - andere \_\_\_\_\_
- Decubitus
- Urininkontinenz
  - Dauerkatheter
- Stuhlinkontinenz
  - Stoma
- Toxicomanie
  - Nikotin
  - Alkohol
  - Drogen
  - Medikamente

### Psychischer Zustand

- normal
  - reduziert
    - Umwelt-Kontakt normal
    - Umwelt-Kontakt gestört
    - desorientiert und verwirrt
- Verhalten
- ruhig
  - stark verwirrt und unruhig
  - charakterlich schwierig

### Motorische Fähigkeiten

- | selbständig              | nur mit Hilfe anderer   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Gehen auf ebenem Boden                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Treppen/öffentl. Verkehrsmittel benutzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Stock                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Krücken                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Böckli / Rollator                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Prothese                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Gehgerät                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rollstuhlpatient                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zubettgehen und Aufstehen                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> tägl. Körperhygiene, sich Waschen        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> WC benützen                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mahlzeiten einnehmen                     |

Dauernd bettlägerig:  ja  nein

### Weitere wichtige Informationen:

- Gibt oder gab es:
- Suizidversuche
  - Abhängigkeitskrankheiten
  - Gewalttätigkeit
  - Pädophilie
  - anderes selbstgefährdendes Verhalten wenn ja, welches \_\_\_\_\_
  - sexuelle Übergriffe \_\_\_\_\_
  - andere Problemkreise \_\_\_\_\_

Körpergrösse: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Letzter Spitalaufenthalt von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

### RADIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG AUF LUNGENTUBERKULOSE

Gemäss Richtlinien des Kantonsarztes betr. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen ist vor dem Eintritt eine radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose vorzunehmen. Dies ist nicht nötig, sofern ein Thoraxbild beigebracht wird, das nicht älter als 6 Monate alt ist.

- wurde angefertigt am \_\_\_\_\_  ist ohne Befund
- Befund: \_\_\_\_\_
- wird vor Eintritt angefertigt (von mir veranlasst)

Bemerkungen und Ergänzungen: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/Telefon/Unterschrift des untersuchenden Arztes: \_\_\_\_\_