

Arztzeugnis

An die ärztliche Leitung (Name des Spitals, des Heimes, der Institution)

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

Strasse/Nr.:

PLZ/Wohnort:

Definitiver Aufenthalt:

ja

nein

Ferienaufenthalt:

ja

nein

Weitere Heimanmeldungen:

ja

nein

wenn ja, wo:

Diagnosen

Therapie (Medikamente, Physio-, Ergo- Aktivierungstherapie, anderes)

Letzter Spitalaufenthalt, wo:

von:

bis:

Bitte wichtige Berichte beilegen

Soziale Situation

Der Patient/die Patientin kann seine/ihre Wohnung

allein

in Begleitung

nie verlassen

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf:

seit:

Rückkehr nach Hause:

möglich

wahrscheinlich

unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch:

Partner

Angehörige

Bekannte

Hauspflege

Haushilfe

Hilfswerk

Gemeindekrankenpflege

Sozialarbeiter

andere:

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

Behinderungen

<i>Beweglichkeit</i>	Gehen:	<input type="checkbox"/> mit Gehhilfe (z.B. «Böckli», Rollator etc.)	<input type="checkbox"/> ohne Gehhilfe	
		<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
	Fortbewegung im Rollstuhl:	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
	Transfer (z.B. Bett/Stuhl):	<input type="checkbox"/> unselbständig	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
<i>Essen</i>		<input type="checkbox"/> unselbständig	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
	Sondernahrung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Spezielle Kost:			
<i>An- und Ausziehen</i>		<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
<i>Körperpflege</i>		<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
	Decubitus:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<i>WC-Benützung</i>		<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
	Urininkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Dauerkatheter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Stuhlinkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<i>Visus</i>		<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal	
<i>Gehör</i>		<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal	
<i>Sprachliche Verständigung</i>		<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> möglich
<i>Orientierung fehlend in</i>		<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> Person

Bemerkungen und Ergänzungen

Hausarzt:

Telefon des untersuchenden Arztes:

Ort/Datum:

Unterschrift des untersuchenden Arztes

Stempel