

Arztzeugnis

Vorname	Name		
Strasse	PLZ/Ort		
Telefon-Nr.	Geburtsdatum		
Definitiver Aufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ferienaufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Heimaufenthalte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wo	_____

Diagnosen

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

*Letzter Spitalaufenthalt in _____

von: _____ bis: _____

*Bitte wichtige Berichte beilegen.

Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung alleine in Begleitung nie verlassen

Wo hält sich der Patient zurzeit auf? _____ Seit: _____

Rückkehr nach Hause ist möglich wahrscheinlich unmöglich

Behinderungen

Beweglichkeit

mit Gehhilfe ohne Gehhilfe mit Hilfsperson

Gehen

mit Hilfsperson wechselnd selbstständig

Fortbewegung im Rollstuhl

mit Hilfsperson wechselnd selbstständig

Transfer (z.B. Bett/Stuhl)

unselbständig wechselnd selbstständig

Essen

mit Hilfsperson mit wenig Hilfe selbstständig

Sondernahrung

ja nein spezielle Kost:

An- und Ausziehen

unmöglich mit wenig Hilfe selbstständig

Körperpflege

unmöglich mit wenig Hilfe selbstständig

Dekubitus

ja nein

WC-Benützung

mit Hilfsperson wechselnd selbstständig

Urininkontinenz

ja nein

Dauerkatheter

ja nein

Stuhlinkontinenz

ja nein

Visus

stark eingeschränkt leicht eingeschränkt oder normal

Gehör

stark eingeschränkt leicht eingeschränkt oder normal

Sprachliche Verständigung

unmöglich eingeschränkt möglich

Orientierung fehlend in

Zeit Ort Situation Person

Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose

(gemäss Richtlinien des Kantonsarztes betreffend Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen)

Datum Thorax-RX-Untersuchung innert der letzten 6 Monate _____

Hinweise für aktive Tbc ja nein (Massnahmen bitte unter Bemerkungen und Ergänzungen aufführen)

Bemerkungen und Ergänzungen

Hausarzt

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Arzt