



## Arztzeugnis

Name und Vorname

Adresse

PLZ + Wohnort

Telefonnummer

Geburtsdatum

## Diagnosen

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

**Letzter Spitalaufenthalt, wo:**

von:

bis:

*Bitte wichtige Berichte beilegen*

## Wohn- und Lebenssituation vor dem Heimeintritt

Der Patient lebt  allein  mit (Ehe-) Partner  in Familie  mit Spitex

Der Patient ist urteilsfähig  ja  nein

**Wo hält sich der Patient zur Zeit auf:**

Seit:

Rückkehr nach Hause  möglich

wahrscheinlich

unmöglich

**Name / Adresse der wichtigsten Bezugsperson**

# Behinderungen

## Beweglichkeit

Gehen	<input type="checkbox"/> mit Gehhilfe (z.B. Böckli, Rollator)	<input type="checkbox"/> ohne Gehhilfe
	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/> selbständig
Fortbewegen 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
Sturzgefährdung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## Essen

Nahrungsaufnahme	<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, welche?			

## An- und Ausziehen

unmöglich  mit wenig Hilfe  selbständig

## Körperpflege

unmöglich  mit wenig Hilfe  selbständig

Decubitus

Ja  Nein

## WC-Benützung

unmöglich  mit wenig Hilfe  selbständig

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 betr. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen

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

Hinweise für aktive Tbc

Nein

Ja (eingeleitete Massnahmen bitte unter «Bemerkungen und Ergänzungen» aufführen)

## Bemerkungen und Ergänzungen


Hausarzt / -ärztin:

Stempel / Telefon / Unterschrift  
des / der untersuchenden Arztes / Ärztin:

Ort, Datum \_\_\_\_\_