



Arztzeugnis

Name + 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 _____