

Arztzeugnis

(an die ärztliche Leitung)

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Weitere Heimanmeldungen ja nein Wenn ja, wo _____

Diagnosen

Visus leicht eingeschränkt oder normal stark eingeschränkt

Gehör leicht eingeschränkt oder normal stark eingeschränkt

Orientierung fehlend in Zeit Ort Situation Person

Sprache / Verständigung möglich eingeschränkt unmöglich

Therapien (Medikamente, Sauerstoff, parenterale Therapie, Physio-, Ergo-, Aktivierungstherapie und andere)

Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose

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

Thorax-RX-Untersuchung innert der letzten 6 Monate ja nein

Hinweis auf aktive Tbc ja nein

Bemerkungen und Ergänzungen

Soziale Situation

Letzter Aufenthaltsort _____ von _____ bis _____ (bitte wichtige Berichte beilegen)

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf _____ seit _____

Der Patient kann seine Wohnung allein verlassen in Begleitung verlassen

nie verlassen

Rückkehr nach Hause möglich wahrscheinlich

unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch Partner/in Angehörige Bekannte

Spitex andere _____

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson

Angaben zur Pflege und Betreuung

Grundpflege

- selbstständig
- Hilfe durch eine Person am Lavabo
- Intimpflege durch eine Person

- Hilfe beim Baden und Duschen
- umfassende Hilfe bei der Grundpflege (Prophylaxen)

An- und Ausziehen

- selbstständig
- mit Anleitung verbal und taktil
- mit körperlicher Hilfestellung durch eine Person
- vollständig abhängig

Gehfähigkeit

- selbstständig
- Gehen mit Hilfsmitteln Stock Rollator andere _____
- Gehen in Begleitung mit einer Person
- Gehen mit körperlicher Hilfestellung durch eine Person
- Gehen unmöglich
- dauerhafte Rollstuhlbenützung

Bewegung im Bett

- selbstständig ohne Hilfsmittel
- selbstständig mit Hilfsmitteln welche _____
- körperliche Hilfe durch eine Person
- körperliche Hilfe durch zwei Personen
- Hilfestellung mit Hilfsmitteln welche _____
- vollständig bettlägerig

Transfer

- selbstständig ohne Hilfsmittel
- selbstständig mit Hilfsmitteln welche _____
- körperliche Hilfe durch eine Person
- körperliche Hilfe durch zwei Personen
- Hilfestellung mit Hilfsmitteln welche _____

WC-Benützung selbstständig mit Hilfe durch eine Person unmöglich

Blaseninkontinenz nein ja Dauerkatheter nein ja

Wenn ja, welche Art von Katheter _____

Darminkontinenz nein ja

Alltagsgestaltung

- selbstständige Alltagsgestaltung
- braucht Anregung, Zuwendung, Beratung
- keine eigene Alltagsgestaltung, lässt sich aber zu Aktivitäten animieren
- lehnt alle Aktivitäten ab
- intensive persönliche Begleitung notwendig

Ernährung

- selbstständig
- Anleitung, Ermutigung
- mit körperlicher Hilfestellung und Übernahme
- spezielle Kost
welche _____
- Schluckprobleme
- Sondennahrung

Tages-/ Nachtrhythmus

- normaler Tages- / Nachtrhythmus
- zeitweise Unruhe
 - am Tag in der Nacht
- dauernde Unruhe

Spezielle Massnahmen / Therapien

- Absaugen
- Porth à cath
- Wundverbände
- PEG-Sonde
- Pace-Maker
- Stoma
- andere _____

Liegt eine Patientenverfügung vor?

- ja nein

Zusätzliche Bemerkungen (beispielsweise soziale Situation)

Adresse Hausarzt/zuweisender Arzt

Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

Stempel und Unterschrift des untersuchenden Arztes

Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

Ort/Datum _____

Spital und Altersheim Belp, Seftigenstrasse 89/91, 3123 Belp, T +41 31 818 91 11, F+41 031 818 91 99