

Arztzeugnis

Name _____

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Tel.Nr. _____

DIAGNOSEN

THERAPIE

Medikamente, Physio-, Ergo-, Aktivierungstherapie, anderes

Letzter Spitalaufenthalt, wo _____

von _____ bis _____ (Bitte wichtige Berichte beilegen)

SOZIALE SITUATION

Die Person kann die Wohnung alleine verlassen in Begleitung nie

Wo hält sich die Person zurzeit auf _____

seit _____

Rückkehr nach Hause möglich wahrscheinlich unmöglich

Betreuung der Person zuhause durch Angehörige Partner/in Bekannte Haushilfe

Spitex Sozialarbeiter/in Hilfswerk andere

Wichtigste Bezugsperson

Beeinträchtigungen/Behinderungen

Gehen	<input type="checkbox"/> mit Gehhilfe („Böckli“, Rollator)	<input type="checkbox"/> ohne Gehhilfe
	<input type="checkbox"/> mit Hilfspersonen	<input type="checkbox"/> wechselnd
Fortbewegung im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> mit Hilfspersonen	<input type="checkbox"/> wechselnd
Transfer (z.B. Bett/Stuhl)	<input type="checkbox"/> mit Hilfspersonen	<input type="checkbox"/> wechselnd
		<input type="checkbox"/> selbständig
		<input type="checkbox"/> selbständig
		<input type="checkbox"/> selbständig
Essen	<input type="checkbox"/> unselbständig	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe
Sondernahrung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spezielle Kost		<input type="checkbox"/> selbständig
<hr/>		
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe
		<input type="checkbox"/> selbständig
Körperpflege	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe
Decubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> selbständig
WC-Benützung	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Visus	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht oder normal
Gehör	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht oder normal
Verständigung	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Orientierung fehlend in	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> Ort
		<input type="checkbox"/> Situation
		<input type="checkbox"/> Person
Falls die Person desorientiert ist		
äussert sich die Desorientierung auch in massiv agitiertem Verhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
besteht eine Weglaufgefahr?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ist absehbar, dass die Person stört (z.B. andere Zimmer aufsuchen?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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 ja nein
(eingeleitete Massnahmen bitte unter „Bemerkungen und Ergänzungen“ aufführen)

BEMERKUNGEN UND ERGÄNZUNGEN

Hausarzt/-ärztin _____

Stempel/Unterschrift untersuchende/r Arzt/Ärztin _____

Ort/Datum _____