



Formular
Arztzeugnis

An die ärztliche Leitung

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ Plz Ort _____
Geburtstag _____ Telefon _____

Definitiver Aufenthalt: Ja Nein Ferienaufenthalt: Ja Nein

Weitere Heimanmeldungen: Ja Nein wenn ja, wo: _____

Diagnosen

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

Letzter Spitalaufenthalt, wo: _____
von: _____ bis: _____ Bitte wichtige Berichte beilegen

Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung allein in Begleitung nie verlassen

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf: _____

seit: _____ Rückkehr nach Hause möglich wahrscheinlich unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch: Partner Angehörige Bekannte
 Hauspflege Gemeindecrankenschwester Haushilfe Sozialarbeiter
 Hilfswerk andere: _____

Name / Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

Behinderungen

Beweglichkeit:

Gehen: mit Gehhilfe (z.B. „Böckli“, Rollator...) ohne Gehhilfe

mit Hilfsperson wechselnd selbständig

Fortbewegung im Rollstuhl: mit Hilfsperson wechselnd selbständig

Transfer (z. B. Bett/Stuhl): unselbständig wechselnd selbständig

Essen: unselbständig mit wenig Hilfe selbständig

Sondernahrung: Ja Nein

Spezielle Kost: _____

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: _____

Stempel / Telefon / Unterschrift
des untersuchenden Arztes:

Ort / Datum
