

Aufenthalt	
☐ Definitiver Aufenthalt ab	Aktueller Aufenthaltsort:
☐ Kurzaufenthalt ab:	
☐ Übergangspflege ab	Überweisende/r Arzt/Ärztin:
☐ Passerelle ab:	Telefonnummer:

Personalien	
Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Wohnkanton	Zivilstand
Geburtsdatum	Telefon
AHV-Nr. 756.	Mobiltelefon
Krankenkasse	KK-Karten-Nr. 80756
Zusatzversicherung	

Diagnosen und Medikamente	
☐ Diagnoseliste beiliegend	☐ Medikamentenliste beiliegend
☐ Memory Clinic - Schlussbericht beiliegend	☐

Soziale Situation und Wohnbedingung zu Hause	
Rückkehr nach Hause:	
☐ Ja	☐ Nein ☐ unklar ☐
Austritt:	
☐ Rehabilitation	☐ Spital ☐
Wohnsituation zu Hause	
Barrierefreie Wohnung	☐ Ja ☐ Nein, Anzahl Schwellen und Stufen:
Bad/WC Rollstuhlgängig	☐ Ja ☐ Nein
Patient kann seine Wohnung verlassen	
☐ Allein	☐ In Begleitung ☐ Nein ☐
Betreuung des Patienten zu Hause	
☐ Partner/in	☐ Angehörige ☐ Bekannte ☐ Spitex ☐

Angabe zur Pflege und Betreuung	
Körperpflege	An- Ausziehen
☐ selbständig	☐ selbständig
☐ mit Hilfestellung durch eine Person	☐ mit Hilfestellung durch eine Person
☐ mit Hilfestellung durch zwei Personen	☐ mit Hilfestellung durch zwei Personen
☐	☐
Gehfähigkeit	Ernährung
☐ selbständig	☐ selbständig
☐ Gehen mit Hilfsmittel selbständig	☐ Verbale oder taktile Anleitung
☐ Stock ☐ Rollator	☐ Mit körperlicher Hilfestellung durch Übernahme
☐ Gehen in Begleitung oder Unterstützung	☐ Schluckstörung
☐ Rollstuhl	☐ Sondennahrung/PEG-Sonde
☐ Gehen unmöglich	☐

Bewegung im Bett	Transfer
☐ selbständig	☐ selbständig
☐ mit Hilfestellung durch eine Person	☐ mit Hilfestellung durch eine Person
☐ mit Hilfestellung durch zwei Personen	☐ mit Hilfestellung durch zwei Personen
☐ Hilfsmittel	☐ Hilfsmittel
☐	☐
Ausscheidung	Tages-/Nachtrhythmus
☐ selbständig	☐ Normaler Rhythmus
☐ mit Hilfestellung durch eine Person	☐ Zeitweise Unruhe
☐ mit Hilfestellung durch zwei Personen	☐ Am Tag ☐ Nachts ☐ immer
☐ Hilfsmittel	☐ Tag-/Nachtumkehr
☐ Blaseninkontinenz ☐ Dauerkatheter	☐
☐ Darminkontinenz ☐ Stoma	
Visus	Gehör
☐ leicht eingeschränkt oder normal	☐ leicht eingeschränkt oder normal
☐ stark eingeschränkt	☐ stark eingeschränkt
☐ Hilfsmittel	☐ Hilfsmittel
Orientierung fehlend in	Sprachliche Verständigung
☐ Zeit	☐ möglich
☐ Ort	☐ eingeschränkt
☐ Situation	☐ unmöglich
☐ Person	☐ Sprachen
☐ Weglaufgefährdet	☐
Spezielle Massnahmen	Therapien
☐ Tracheostoma	☐ Physiotherapie
☐ Port à cath	☐ Logopädie
☐ ZVK / PICC-Katheter /PVK	☐ Ergotherapie
☐ Drainagen	☐ Sauerstoff
☐ Pace-Maker	☐ andere
☐ Wundverband	
☐ Wechseldruckmatratze	
☐ Sitzwache	
☐ Dialyse	
☐ andere	

Bemerkungen und Ergänzungen:

Name der Ärztin / des Arztes:

Telefon der Ärztin / des Arztes:

Ort/Datum:

Unterschrift und Stempel der
Ärztin / des Arztes

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an info@concara.ch (HIN-secured)

per E-Mail senden