

Arztzeugnis

An die ärztliche Leitung (Name des Spitals, des Heimes, der Institution)

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

Strasse/Nr.:

PLZ/Wohnort:

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/die Patientin kann seine/ihre 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

☐ Haushilfe

☐ Hilfswerk

☐ Spitex

☐ Beistand

andere:

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

Behinderungen

<i>Beweglichkeit</i>	Gehen:	☐ mit Gehhilfe (z.B. «Böckli», Rollator etc.)	☐ ohne Gehhilfe
		☐ mit Hilfsperson	☐ wechselnd ☐ selbständig
	Fortbewegung im Rollstuhl:	☐ mit Hilfsperson	☐ wechselnd ☐ selbständig
	Transfer (z.B. Bett/Stuhl):	☐ unselbständig	☐ wechselnd ☐ selbständig
<i>Essen</i>		☐ unselbständig	☐ mit wenig Hilfe ☐ selbständig
	Sondernahrung:	☐ ja ☐ nein	
	Spezielle Kost:		
<i>An- und Ausziehen</i>		☐ unmöglich	☐ mit wenig Hilfe ☐ selbständig
<i>Körperpflege</i>		☐ unmöglich	☐ mit wenig Hilfe ☐ selbständig
	Decubitus:	☐ ja ☐ nein	
<i>WC-Benützung</i>		☐ unmöglich	☐ mit wenig Hilfe ☐ selbständig
	Urininkontinenz:	☐ ja ☐ nein	Dauerkatheter: ☐ ja ☐ nein
	Stuhlinkontinenz:	☐ ja ☐ nein	
<i>Visus</i>		☐ stark eingeschränkt	☐ leicht eingeschränkt oder normal
<i>Gehör</i>		☐ stark eingeschränkt	☐ leicht eingeschränkt oder normal
<i>Sprachliche Verständigung</i>		☐ unmöglich	☐ eingeschränkt ☐ möglich
<i>Orientierung fehlend in</i>		☐ Zeit	☐ Ort ☐ Situation ☐ Person

Bemerkungen und Ergänzungen

Hausarzt:

Telefon des untersuchenden Arztes:

Ort/Datum:

Unterschrift des untersuchenden Arztes

Stempel