

# Arztzeugnis

(Durch die Hausärztin / den Hausarzt auszufüllen)

Name, lediger Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

## Ärztlicher Befund

Hauptdiagnosen:

Nebendiagnosen:

Therapien:

Medikamente

Physiotherapie nach Verordnung

Andere Therapien

Besondere Vorkommnisse / Grund für den Heimeintritt:

# Kurzbericht über Pflege und Betreuung

## Waschen und Kleiden

- Selbständig
- Unterstützung bei der Körperpflege
- Unterstützung bei der Toilettenbenützung
- Unterstützung beim An- und Auskleiden
- Unterstützung beim Baden / Duschen

## Essen / Trinken

- Selbständig
- Hilfsmittel: \_\_\_\_\_
- Unterstützung: \_\_\_\_\_
- Diäten: \_\_\_\_\_

## Ausscheiden

- Selbständig
- Einlagekonzept: \_\_\_\_\_
- Urininkontinent
- DK-Träger
- Stuhlinkontinent
- Cystofix-Träger

## Sich bewegen

- Frei beweglich
- Gehen mit Stock / Stöcken
- Gehen mit Rollator
- Gehen mit \_\_\_\_\_ Person/-en
- Rollstuhl
- Andere Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

## Kommunizieren

- Sprachstörung
- Sehbehinderung re / li
- Hilfsmittel: \_\_\_\_\_
- Hörbehinderung re / li
- Hilfsmittel: \_\_\_\_\_
- Andere Behinderung: \_\_\_\_\_
- Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

## Geistig-seelische Befindlichkeit

- Unauffällig
- Desorientierung
- Örtlich
- Zeitlich
- Unruhe, Verwirrtheit
- Dauernd
- Gelegentlich
- Nur nachts
- Auffälliges Verhalten: \_\_\_\_\_

## Soziale Kontakte

- Angehörige:
- Spitex im Einsatz im Einsatz
- \_\_\_\_\_

## Besondere Massnahmen

Wunden / Wundverband: \_\_\_\_\_

Bewegungseinschränkende Massnahmen: \_\_\_\_\_

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes