

Arztzeugnis

Name & Vorname

Strasse, PLZ & Ort

Telefon/Handy

Geburtsdatum

Letzter Wohnsitz

Derzeitiger
Aufenthalt

☐ Spital

☐ Institution

☐ andere

AHV-Nr.

Angemeldet in

Ferner auch in

Triage

☐ selbstständig

☐ pflegebedürftig

☐ hilfsbedürftig

☐ schwer pflegeabhängig

☐ Psychiatriepatient/in

Grund der Anmeldung (Hauptdiagnose)

Diagnosenblatt

Atmungsorgane

☐ Chronische Bronchitis/Asthma

☐ Lungenemphysem

Kreislauforgane

Arteriosklerose ☐ -kardial ☐ -peripher

☐ Cerebro-vaskulärer Insult

☐ Herzinsuffizienz

☐ Hypertension

☐ Ulcus cruris

Stoffwechsel

☐ Diabetes mellitus

☐ Gicht

☐ Adipositas

Harnwege

☐ Harnwegsinfekte

☐ Prostatahypertrophie

☐ Niereninsuffizienz

Nervensystem

- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Status nach Hirntrauma
- ☐ Epilepsie: primär/sekundär
- ☐ Paraplegie / Tetraplegie
- ☐ POS
- ☐ Parkinsonismus
- ☐ Psychosen
- ☐ Degen. ZNS-Erkrankungen
- ☐ Debität / Demenz

Skelett

- ☐ Frakturen
- ☐ Arthrose
- ☐ Spondylose / Spondylarthrose
- ☐ Chronische Polyarthritis

Tumore

- ☐ Maligne Tumore

Übrige diagnostische Befunde

Physischer Zustand

- ☐ Sehschärfe beeinträchtigt
 - ☐ mässig
 - ☐ stark
- ☐ Gehörschäden
 - ☐ doppelseitig
 - ☐ leicht ☐ schwer
- ☐ Sprachstörung
 - ☐ Dysphasie
 - ☐ Dysarthrie
- ☐ Dysphagie
 - ☐ Nahrungssonde
- ☐ Diät nötig
 - ☐ Püriert
 - ☐ Diabetiker/in

- ☐ Salzarm
 - ☐ Andere
 - ☐ Decubitus
 - ☐ Urininkontinenz
 - ☐ Dauerkatheter
 - ☐ Stuhlkontinenz
 - ☐ Anus preaeter
 - ☐ Toxicomanie
 - ☐ Nikotin
 - ☐ Alkohol
 - ☐ Drogen
 - ☐ Medikament
 - ☐ Übertragbare Krankheiten (Verdacht)
-

Psychischer Zustand

- ☐ normal
- ☐ Reduziert
 - ☐ Umwelt-Kontakt normal
 - ☐ Umwelt-Kontakt gestört
 - ☐ desorientiert und verwirrt, Verhalten ruhig
 - ☐ stark verwirrt und ruhig
 - ☐ charakterlich schwierig

Motorische Fähigkeiten

Gehen auf ebenem Boden

- ☐ selbstständig
- ☐ nur mit Hilfe anderer

Treppen und öffentliche Verkehrsmittel

Benützen

- ☐ Selbständig
- ☐ nur mit Hilfe anderer

Benötigt

- ☐ Stock
- ☐ Krücken
- ☐ Böckli / Rollator
- ☐ Prothese
- ☐ Gehgerät

Fahrstuhlpatient

- ☐ Selbständig
- ☐ nur mit Hilfe anderer

Zubettgehen und Aufstehen

- ☐ Selbständig
- ☐ nur mit Hilfe anderer

An- und Auskleiden

- ☐ Selbständig
- ☐ nur mit Hilfe anderer

Tägliche Körperhygiene, sich waschen

- ☐ Selbständig
- ☐ nur mit Hilfe anderer

Mahlzeit einnehmen

- ☐ Selbständig
- ☐ nur mit Hilfe anderer

WC benützen

- ☐ Selbständig
- ☐ nur mit Hilfe anderer

Dauernd bettlägerig? ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Angaben: Behandlung, Medikamente, Therapie (Beilage Medi- / Therapieblatt erwünscht)

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift des
untersuchenden Arztes
