

Arztzeugnis



Betagtenpflegeverein Biel-Seeland
Unterer Quai 92 · 2502 Biel-Bienne
Telefon 032 323 41 42 · Fax 032 323 41 34
bpv.biel-seeland@betagtenpflegeverein.ch

An die ärztliche Leitung

Name des Spitals, des Heimes, der Institution

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Tel.-Nr.:

Adresse:

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 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:

Haushilfe

Hauspflege

Angehörige

Partner

Bekannte

Hilfswerk

andere:

Gemeindefürsorge

Sozialarbeiter

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

Behinderungen

Beweglichkeit:

- Gehen: mit Gehhilfe (z.B. "Böckli", Rollator usw.) 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
- 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 Thora-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 _____
