



Arztzeugnis

Name des Spitals, des Heimes oder der Institution: _____

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.-Nr.: _____

Adresse: _____

Definitiver Aufenthalt: ja nein Ferienaufenthalt: ja nein Weitere Heimanmeldungen: ja nein

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/die Patientin zurzeit auf:

Seit: _____ Rückkehr nach Hause möglich wahrscheinlich unmöglich

Betreuung des Patienten/der Patientin zu Hause durch:

Angehörige Partner Bekannte
 Homeinstead Spitex andere _____

Name/Vorname/Adresse der wichtigsten Bezugsperson: _____

Beeinträchtigungen

Beweglichkeit

Gehen	<input type="checkbox"/> mit Gehilfe (z.B. «Böckli», Rollator, usw.)	<input type="checkbox"/> ohne Gehilfe
	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd
Fortbewegung im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> selbständig
Transfer (z.B. Bett/Stuhl)	<input type="checkbox"/> unselbständig	<input type="checkbox"/> selbständig
	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig

Essen:

Sondennahrung	<input type="checkbox"/> unselbständig	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Spezielle Kost:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

An- und Ausziehen

<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
------------------------------------	--	--------------------------------------

Körperpflege

Decubitus	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

WC-Benützung

Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dauerkatheter:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Visus

<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal
--	---

Gehör

<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal
--	---

Sprachliche Verständigung

<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> möglich
------------------------------------	--	----------------------------------

Orientierung fehlend in

<input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> Person
--	------------------------------------	---------------------------------

Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose, Covid-19

Gemäss Richtlinien des Kantonsarztes betreffend Massnahmen zur Tuberkulosen Bekämpfung 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)

Covid-19-Impfung erhalten: ja Datum der Impfung: _____ nein

Bemerkungen und Ergänzungen: _____

Hausarzt: _____

Ort/Datum:

Stempel/Telefon/Unterschrift des untersuchenden Arztes: