



## 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: