

Arztzeugnis

Name und Vorname

Geburtsdatum

Wohnadresse

Gegenwärtiger Aufenthalt

Diagnose mit aktueller Relevanz

Abschätzung der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit

- selbstständig
- hilfebedürftig
- pflegebedürftig
- schwer pflegebedürftig

Bemerkungen

Essen und Trinken

- selbstständig
- braucht Hilfe
- Magensonde
- Diät

welche? _____

Ausscheidung

- selbstständig
- urininkontinent
- Dauerkatheter
- stuhlinkontinent

Mobilität

- frei beweglich
- Gehen mit Stöcken
- Gehen mit Hilfsperson
- Rollstuhl
- bettlägerig
- Hilfe bei der Körperpflege
- Hilfe beim An- und Auskleiden

Geistig-seelische Behinderung

- Patient/in unauffällig
- Desorientierung
 - örtlich zeitlich
- Unruhe, Verwirrtheit
 - dauernd gelegentlich nur nachts
- Depression
- Psychose
- Verwahrlosung
- Sprachstörungen
- Sehbehinderung _____
- Hörbehinderung _____

Soziale Kontakte

- regelm. durch Angehörige
- gelegentlich
- selten / keine
- Spitex im Einsatz

Bitte auch die Rückseite ausfüllen →

Medikamentöse Therapie

Ziel

medizinisch

sozial

Rehabilitation /
Beweglichkeit

Therapie

- Physiotherapie Ergotherapie

Ansprechperson/

Angehörige

Ergänzende Bemerkungen

Patientenverfügung bekannt

Vorsorgliche Eintrittsempfehlung für

- Pflegeabteilung Kurzzeit Känzeli Pflegeabteilung Langzeit Höchweid
 Spezialisierte Wohngruppe für Menschen mit Demenz (1. bis 3. Welt)

Der Patient bezieht IV HL AHV EL

Welcher Krankenkasse gehört der Patient an: Name, Sektion, Adresse, Mitglied-Nr.

Gewünschtes Eintrittsdatum _____ Einz Zimmer Doppelzimmer

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes
