

# 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

---