

Wohnen – Pflege

## Arztzeugnis

### Personalien

Name ..... Vorname .....  
Geburtsdatum ..... Heimatort .....  
Adresse: ..... PLZ/Ort .....  
Telefon: ..... E-Mail .....

### Diagnosen

.....  
.....  
.....  
.....

Visus  leicht eingeschränkt oder normal  stark eingeschränkt  
Gehör  leicht eingeschränkt oder normal  stark eingeschränkt  
Orientierung fehlend in  Zeit  Ort  Situation  Person  
Sprache / Verständigung  möglich  eingeschränkt  unmöglich

### Therapien

Medikamente, Sauerstoff, parenterale Therapie, Physio-, Ergo-, Aktivierungstherapie und andere

.....  
.....  
.....  
.....

### Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose

Gemäss Richtlinien des Kantonsarztes betreffend Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen

Thorax-RX-Untersuchung innert der letzten 6 Monate  ja  nein  
Hinweis auf aktive Tbc  ja  nein

### Bemerkungen und Ergänzungen

.....  
.....

### Soziale Situation

Letzter Aufenthaltsort ..... von ..... bis ..... (bitte wichtige Berichte beilegen)

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf? ..... seit? .....

Der Patient kann seine Wohnung  allein verlassen  in Begleitung verlassen  nicht verlassen

Rückkehr nach Hause  möglich  wahrscheinlich möglich  unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch  Partner  Angehörige  
 Bekannte  Spitex  andere.....

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson

.....  
.....  
.....

### Angaben zur Pflege und Betreuung

#### Grundpflege

- selbstständig
- Hilfe durch eine Person am Lavabo
- Intimpflege durch eine Person
- Hilfe beim Baden und Duschen
- umfassende Hilfe bei der Grundpflege (Prophylaxen)

#### An- und Ausziehen

- selbstständig
- mit Anleitung verbal und taktil
- mit körperlicher Hilfestellung durch eine Person
- vollständig abhängig

#### Gehfähigkeit

- selbstständig
- Gehen mit Hilfsmitteln  Stock  Rollator  andere.....
- Gehen in Begleitung einer Person
- Gehen mit körperlicher Hilfestellung durch eine Person
- Gehen unmöglich
- dauerhafte Rollstuhlbenützung

#### Bewegung im Bett

- selbstständig ohne Hilfsmittel
- selbstständig mit Hilfsmitteln, welche: .....
- körperliche Hilfe durch eine Person
- körperliche Hilfe durch zwei Personen
- Hilfestellung mit Hilfsmitteln, welche: .....
- vollständig bettlägerig

#### Transfer

- selbstständig ohne Hilfsmittel
- selbstständig mit Hilfsmitteln, welche: .....
- körperliche Hilfe durch eine Person
- körperliche Hilfe durch zwei Personen
- Hilfestellung mit Hilfsmitteln, welche: .....

#### WC-Benützung

- selbstständig  mit Hilfe durch eine Person  unmöglich
- Blaseninkontinenz  nein  ja
- Dauerkatheter  nein  ja, Wenn ja, Art des Katheters: .....
- Darminkontinenz  nein  ja

**Alltagsgestaltung**

- selbstständige Alltagsgestaltung
- braucht Anregung, Zuwendung, Beratung
- keine eigene Alltagsgestaltung,  
lässt sich aber zu Aktivitäten animieren
- lehnt alle Aktivitäten ab
- intensive persönliche Begleitung notwendig

**Ernährung**

- selbstständig
- Anleitung, Ermutigung
- mit körperlicher Hilfestellung und Übernahme
- spezielle Kost: .....
- Schluckprobleme
- Sondennahrung

**Tages-/ Nachtrhythmus**

- normaler Tages- / Nachtrhythmus
- zeitweise Unruhe:  am Tag  in der Nacht
- dauernde Unruhe

**Spezielle Massnahmen / Therapien**

- Absaugen
- Porth à cath
- Wundverbände
- PEG-Sonde
- Pace-Maker
- Stoma
- andere: .....

**Zusätzliche Bemerkungen (beispielsweise zur sozialen Situation)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Hausarzt**

Name/Vorname .....

Adresse .....

Telefon ..... FAX ..... E-Mail .....

**Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes**

Ort/Datum .....

Unterschrift .....

Stempel
---------