

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
