

Arztzeugnis

für Langzeiterkrankte und Behinderte im Kanton Bern

casemanagement@diaconis.ch

<input type="checkbox"/> definitiver Aufenthalt ab:	<input type="checkbox"/> Ferien-/Übergangsaufenthalt ab:
aktueller Aufenthaltsort	
Hausarzt	Telefon

Personalien			
Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Wohnkanton		Zivilstand	
Geburtsdatum		Telefon	
AHV-Nr.	756.	Mobiltelefon	
Krankenkasse		Karten-Nr.	80756.....
Zusatzversicherung			

Diagnosen	
<input type="checkbox"/> Diagnoseliste beiliegend	<input type="checkbox"/> Medikamentenliste beiliegend

Soziale Situation	
Der Patient kann seine Wohnung verlassen	Rückkehr nach Hause
<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> möglich
<input type="checkbox"/> in Begleitung	<input type="checkbox"/> unklar
<input type="checkbox"/> nie verlassen	<input type="checkbox"/> unmöglich
Betreuung des Patienten zu Hause durch	
<input type="checkbox"/> Partner/in	<input type="checkbox"/> Angehörige
<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> Spitex	

Angaben zur Pflege und Betreuung	
Körperpflege	An- und Ausziehen
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig
<input type="checkbox"/> mit Hilfestellung durch eine Person	<input type="checkbox"/> mit Hilfestellung durch eine Person
<input type="checkbox"/> mit Hilfestellung durch zwei Personen	<input type="checkbox"/> mit Hilfestellung durch zwei Personen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehfähigkeit	Ernährung
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig
<input type="checkbox"/> Gehen mit Hilfsmittel selbständig	<input type="checkbox"/> verbale oder taktile Anleitung, Ermutigung
<input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> mit körperlicher Hilfestellung durch Übernahme
<input type="checkbox"/> Gehen in Begleitung	<input type="checkbox"/> Schluckstörung
<input type="checkbox"/> Gehen mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> spezielle Kost/Diät
<input type="checkbox"/> Gehen unmöglich <input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Sondennahrung

Bewegung im Bett
<input type="checkbox"/> selbstständig
<input type="checkbox"/> mit Hilfestellung durch eine Person
<input type="checkbox"/> mit Hilfestellung durch zwei Personen
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel
<input type="checkbox"/>
Ausscheidung
<input type="checkbox"/> selbstständig
<input type="checkbox"/> mit Hilfestellung durch eine Person
<input type="checkbox"/> mit Hilfestellung durch zwei Personen
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel
<input type="checkbox"/> Blaseninkontinenz <input type="checkbox"/> Dauerkatheter
<input type="checkbox"/> Darminkontinenz <input type="checkbox"/> Stoma
Visus
<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal
<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel
Orientierung fehlend in
<input type="checkbox"/> Zeit
<input type="checkbox"/> Ort
<input type="checkbox"/> Situation
<input type="checkbox"/> Person
Spezielle Massnahmen
<input type="checkbox"/> absaugen
<input type="checkbox"/> Port à cath
<input type="checkbox"/> Wundverband
<input type="checkbox"/> Sitzwache
<input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze
<input type="checkbox"/> Pace-Maker
<input type="checkbox"/> Stoma
<input type="checkbox"/> PEG-Sonde
<input type="checkbox"/> Dialyse
<input type="checkbox"/> andere

Transfer
<input type="checkbox"/> selbstständig
<input type="checkbox"/> mit Hilfestellung durch eine Person
<input type="checkbox"/> mit Hilfestellung durch zwei Personen
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel
<input type="checkbox"/>
Tages- / Nachtrhythmus
<input type="checkbox"/> normaler Rhythmus
<input type="checkbox"/> zeitweise Unruhe
<input type="checkbox"/> am Tag
<input type="checkbox"/> in der Nacht
<input type="checkbox"/> dauernde Unruhe
<input type="checkbox"/> Tag-/Nachtumkehr
Gehör
<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal
<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel
Sprachliche Verständigung
<input type="checkbox"/> möglich
<input type="checkbox"/> eingeschränkt
<input type="checkbox"/> unmöglich
<input type="checkbox"/> Sprachen
Therapien
<input type="checkbox"/> Physiotherapie
<input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Ergotherapie
<input type="checkbox"/> Sauerstoff
<input type="checkbox"/> andere:

Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose
 (Gemäss Richtlinien des Kantonsarztes betr. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen)

Thorax-RX-Untersuchung der letzten 6 Monate:	Datum
Hinweis auf aktive Tbc	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bemerkungen

Ort, Datum

Unterschrift