



Arztzeugnis

durch den behandelnden Arzt auszufüllen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse (letzter Wohnort):

Strasse/Nr.:

Plz./Wohnort:

Telefon-Nr.:

z.Z. (Spital? Heim?):

Einweisungsgrund:

(Hauptdiagnosen)

Dringlichkeit der Aufnahme:

Diagnoseblatt

(Zutreffendes ankreuzen)

Atmungsorgane

Chron. Bronchitis/Asthma

Lungenemphysem

.....

Kreislauforgane

Arteriosklerose

Cerebro-vasculärer Insult

Herzinsuffizienz

Hypertension

BD-Werte ____/____

Ulcus cruris

Schwindel

.....

Harnwege

Harnwegsinfekte

Prostatahypertrophie

Niereninsuffizienz

.....

Skelett

Osteoporose

Frakturen

Arthrose

Spondylose/Spondylarthrose

Chron. Polyarthritis

Stoffwechsel

Diabetes mellitus

Gicht

Adipositas

.....

Nervensystem

Multiple Sklerose

Status nach Hirntrauma

Epilepsie: primär/sekundär

POS

welcher Art?

Parkinsonismus

.....

Maligne Tumoren

.....

Allergien auf:

.....

.....

Hauterkrankungen

.....

.....



Art und Grad der Pflegebedürftigkeit

Psychischer Zustand

- vereinsamt
- desorientiert und verwirrt
- Verhalten ruhig
- stark verwirrt und unruhig
- charakterlich schwierig
- depressiv
- suizidal
- manisch
- paran./halluz. Psychose
- Wahn
-

Physischer Zustand

- Sehschärfe beeinträchtigt
-
- Gehörschaden
-

Sprachstörungen

- Disphasia
- Dysarthrie

Dysphagie

- Nahrungssonde

Diät nötig:

- püriert
- Diabetes
- salzarm
-

Decubitus

-

Urininkontinenz

- Dauerkatheter

Stuhlinkontinenz

- Anus praeter

Toxicomanie

- Nikotin
- Alkohol
- Drogen

Übertragbare Krankheiten

-
-

selb-
ständig unselb-
ständig (Hilfe)

Motorische Fähigkeiten

- Gehen auf ebenem Boden
- Treppen und öffentliche
- Verkehrsmittel benützen

braucht: Stock Krücken Böckli (Rollator)
 Prothese Gehgerät

Rollstuhlpatient/in ja nein

Aufstehen/Zubettgehen

An- und Auskleiden

Tägl. Körperpflege (Waschen)

Mahlzeiteinnahme

WC-Benützung

Dauernde Bettlägrigkeit ja nein

Wichtigste anamnestische Daten

Aktuelle Therapien

Einweisende/r Arzt/Ärztin

(Stempel/Unterschrift)

Ort und Datum: