

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

(durch den Hausarzt auszufüllen)

Personalien des Patienten

Name und Vorname:

geboren am:

Adresse:

Ärztlicher Befund

Hauptdiagnose (Einweisungsgrund):

Nebendiagnosen:

- Therapie
- Medikamente
 - Physiotherapie
 - Ergotherapie
 - andere

Besondere Bemerkungen:

Pflegebedürftigkeit

Grundpflege	selbständig	<input type="checkbox"/>	
	Hilfe bei Körperpflege	<input type="checkbox"/>	
	Hilfe beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	
	Hilfe bei Toilettenbenützung	<input type="checkbox"/>	
	Hilfe beim Baden, Duschen etc.	<input type="checkbox"/>	
Essen / Trinken	selbständig	<input type="checkbox"/>	
	braucht Hilfe	<input type="checkbox"/>	
	Magensonde	<input type="checkbox"/>	
	Diät: - püriert	<input type="checkbox"/>	
	- Diabetes	<input type="checkbox"/>	
- andere	<input type="checkbox"/>		
Ausscheidung	keine Probleme	<input type="checkbox"/>	
	urininkontinent	<input type="checkbox"/>	
	stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	
	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	
	Anus praeter	<input type="checkbox"/>	
Mobilität	frei beweglich	<input type="checkbox"/>	
	Gehen mit Stöcken	<input type="checkbox"/>	
	Gehen mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/>	
	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	
	bettlägerig	<input type="checkbox"/>	
Besondere Behinderungen	Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel
	Sehbehinderung	<input type="checkbox"/>	_____
	Hörbehinderung	<input type="checkbox"/>	_____
	andere	<input type="checkbox"/>	_____

Geistige-seelische Behinderung	Patient(in) unauffällig	<input type="checkbox"/>	
	Desorientierung		
	örtlich	<input type="checkbox"/>	
	zeitlich	<input type="checkbox"/>	
	Unruhe, Verwirrtheit		
	dauernd	<input type="checkbox"/>	
	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	
	nur nachts	<input type="checkbox"/>	
	Depression	<input type="checkbox"/>	
Psychose	<input type="checkbox"/>		
charakterlich schwierig	<input type="checkbox"/>		
Soziale Kontakte	regelmässig durch Angehörige	<input type="checkbox"/>	
	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	
	selten / keine	<input type="checkbox"/>	
	Spitex im Einsatz	<input type="checkbox"/>	

Ort und Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes:

