

## Medizinische Angaben

Personalien	
Name	Vorname
Strasse/Nr.	PLZ/Wohnort
Geburtsdatum	Telefon
Definitiver Aufenthalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kurzaufenthalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Heimanmeldungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diagnosen	
Therapie (Medikamente, Physio-, Ergotherapie)	
Soziale Situation	
Der Patient kann seine Wohnung/ sein Zimmer <input type="checkbox"/> allein verlassen <input type="checkbox"/> in Begleitung verlassen <input type="checkbox"/> nie verlassen	
Wo hält sich der Patient zur Zeit auf	
seit	Rückkehr nach Hause <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> unmöglich
Betreuung des Patienten durch	
<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Bekannte
<input type="checkbox"/> Haushilfe	<input type="checkbox"/> Hauspflege <input type="checkbox"/> Spitex
<input type="checkbox"/> Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Vormundschaft
Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson	

Hilfestellungen			
Beweglichkeit			
Gehen	<input type="checkbox"/> mit Gehhilfe (z.B. „Böckli“/Rollator)		<input type="checkbox"/> ohne Gehhilfe
	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
Fortbewegung im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
Transfer( z.B. Bett/Stuhl)	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson Anzahl Hilfspersonen	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> selbständig
Essen	<input type="checkbox"/> unselbständig	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Sondernahrung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Spezielle Kost/ Allergien/ Unverträglichkeiten			
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Körperpflege	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Hautzustand			
Dekubitus / Wunden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
WC-Benützung	<input type="checkbox"/> unmöglich	<input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> selbständig
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Stoma	Material
Visus	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt		<input type="checkbox"/> wenig eingeschränkt oder normal
Gehör	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt		<input type="checkbox"/> wenig eingeschränkt oder normal
Sprachliche Verständigung	<input type="checkbox"/> unmöglich		<input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> möglich
Orientierung fehlend in	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> Person
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unruhe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychisch auffällig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Compliance	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bemerkungen und Ergänzungen			
Hausarzt			

Ort/Datum:

Stempel/Telefon/Unterschrift  
des untersuchenden Arztes