

## Arztzeugnis

Personalien	
Name:	Vorname:
Adresse: Strasse/Nr.	PLZ/Wohnort:
Geburtsdatum:	Telefon:
Definitiver Aufenthalt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ferienaufenthalt: <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/ Zimmer: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> in Begleitung <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
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	<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
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	
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
Weglauff Tendenz:	<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
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bemerkungen und Ergänzungen			
Hausarzt:			

Ort/Datum:

Stempel/Telefon/Unterschrift  
des untersuchenden Arztes: