# Arztzeugnis

 

Vorname Nachname

 

Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

 

Geburtsdatum E-Mail-Adresse

 

Telefon privat Telefon mobil

 

Wohnsitz (Schriften in) z.Z. (Spital / Heim)

 

## Triage

selbständig hilfsbedürftig / betreuungsbedürftig pflegebedürftig

## Einweisungsgrund



## Dringlichkeit der Aufnahme

## Diagnosen (inkl. Problemliste, Allergien etc.)



## Aktuelle Medikamente



## Aktuelle Therapien

## Physiotherapie Ja Nein

Ergotherapie Ja Nein

Logopädie Ja Nein

Wenn „Ja“, bitte Verordnung / Kostengutsprache beilegen

## Art und Grad der Pflegebedürftigkeit

### Psychischer Zustand

gesund, unauffällig desorientiert / verwirrt, ruhig

stark verwirrt und unruhig charakterlich schwierig

Umwelt-Kontakt / Kommunikation: normal gestört

### Physischer Zustand

Sehschärfe beeinträchtigt: mässig stark

Gehörschaden: doppelseitig leicht schwer

Sprachstörung: Dysphasie Dysarthrie

Dysphagie Nahrungssonde

Diät nötig: püriert Diabetes Andere 

Dekubitus / Wunden

Urininkontinenz: Dauerkatheter Stuhlinkontinenz: Anus praeter

Abhängigkeit: Nikotin Alkohol Anderes 

### Motorische Fähigkeiten

|  |  |
| --- | --- |
| **Selb- nur mit ständig Hilfe**  gehen auf ebenem Boden  Treppen und Verkehrsmittel benutzen  Zubettgehen und Aufstehen  An- und Auskleiden  sich waschen  Mahlzeiten einnehmen  WC benützen | **nein ja**  Dauernd bettlägerig  Stock, Krücken, Böckli  Prothese, Orthese  Rollstuhlpatient |

## Besondere Angaben zur Person



**Sofern bekannt, vertretungsberechtigte Personen**



**Der einweisende Arzt:**

Ort, Datum Unterschrift, Stempel

 