**Arztzeugnis**

**Name:**  **Vorname:**  **Geb.Datum:**

**Adresse:**

**Zurzeit (Spital/Heim):**

Festeintritt: **[ ]**  Ferien / Kurzaufenthalt (laut KK max. 56 Tage): **[ ]**

Weitere Heimanmeldungen: **[ ]**

Wo:

Triage: **[ ]**  selbständig **[ ]**  pflegebedürftig

 **[ ]**  hilfsbedürftig **[ ]**  schwer pflegeabhängig

 **[ ]**  Psychiatriepatient

**Einweisungsgrund:**

**Diagnosen:**

(inkl. Allergien etc.)

Bestehen ansteckende Krankheiten? **[ ]**  nein **[ ]**  ja, welche:

**Aktuelle Therapien:**

(z.B. Physiotherapie)

**Medikamente:**  **Reserve-Medikamente:**

**Bemerkungen:**

**Art und Grad der Pflegebedürftigkeit**

**Physischer Zustand Psychischer Zustand**

 **[ ]**  Sehschärfe beeinträchtigt **[ ]**  normal

 **[ ]**  mässig **[ ]**  reduziert

 **[ ]**  stark **[ ]**  Umwelt-Kontakt normal

 **[ ]**  Gehör beeinträchtigt **[ ]**  Umwelt-Kontakt gestört

 **[ ]**  links **[ ]**  rechts **[ ]**  desorientiert und verwirrt

 **[ ]**  leicht **[ ]**  schwer Verhalten

 **[ ]**  Sprachstörungen **[ ]**  ruhig

 **[ ]**  Dyphasie **[ ]**  stark verwirrt und unruhig

 **[ ]**  Dysarthrie **[ ]**  charakterlich schwierig

 **[ ]**  Hilfsmittel

 **[ ]**  Nahrungssonde

 **[ ]**  Diät nötig: Motorische Fähigkeiten

 **[ ]**  püriert selbständig nur mit Hilfe anderer

 **[ ]**  Diabetiker **[ ]**  **[ ]**  Gehen auf ebenem Boden

 **[ ]**  salzarm **[ ]**  **[ ]**  Treppen/öffentl. Verkehrsmittel benutzen

 **[ ]**  andere  **[ ]**  **[ ]**  Stock

 **[ ]**  Decubitus **[ ]**  **[ ]**  Krücken

 **[ ]**  Urininkontinenz **[ ]**  **[ ]**  Böckli / Rollator

 **[ ]**  Dauerkatheter **[ ]**  **[ ]**  Prothese

 **[ ]**  Stuhlinkontinenz **[ ]**  **[ ]**  Gehgerät

 **[ ]**  Stoma **[ ]**  **[ ]**  Rollstuhlpatient

 **[ ]**  Toxicomanie

 **[ ]**  Nikotin **[ ]**  **[ ]**  Zubettgehen und Aufstehen

 **[ ]**  Alkohol **[ ]**  **[ ]**  An- und Auskleiden

 **[ ]**  Drogen **[ ]**  **[ ]**  tägl. Körperhygiene, sich Waschen

 **[ ]**  Medikamente **[ ]**  **[ ]**  WC benützen

 **[ ]**  **[ ]**  Mahlzeiten einnehmen

**Dauernd bettlägerig:** **[ ]**  ja **[ ]**  nein

**Weitere wichtige Informationen:**

Gibt oder gab es: **[ ]**  Suizidversuche **[ ]**  anderes selbstgefährdendes Verhalten

 **[ ]**  Abhängigkeitskrankheiten wenn ja, welches

 **[ ]**  Gewalttätigkeit **[ ]**  sexuelle Übergriffe

 **[ ]**  Pädophilie **[ ]**  andere Problemkreise

Körpergrösse:  cm Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Letzter Spitalaufenthalt von:  bis:  wo:

**Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose**

Gemäss Richtlinien des Kantonsarztes betr. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen ist vor dem Eintritt eine radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose vorzunehmen. Dies ist nicht nötig, sofern ein Thoraxbild beigebracht wird, das nicht älter als 6 Monate alt ist.

 **[ ]**  wurde angefertigt am  **[ ]**  ist ohne Befund

 **[ ]**  Befund:

 **[ ]**  wird vor Eintritt angefertigt (von mir veranlasst)

**Bemerkungen und Ergänzungen:**

**Hausarzt:**

Ort / Datum:  Stempel/Telefon/Unterschrift des untersuchenden Arztes: