

# Arztzeugnis

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Natel Nr.: \_\_\_\_\_

Definitiver Aufenthalt  ja  nein      Kurzaufenthalt  ja  nein  
Weitere Heimanmeldungen  ja  nein  
wenn ja, wo

## DIAGNOSEN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## THERAPIE

Medikamente, Physio-, Ergo-, Aktivierungstherapie, anderes

\_\_\_\_\_

Letzter Spitalaufenthalt, wo \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Bitte wichtige Berichte beilegen)

## SOZIALE SITUATION

Die Person kann die Wohnung  alleine verlassen  in Begleitung  nie

Wo hält sich die Person zurzeit auf \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Rückkehr nach Hause  möglich  wahrscheinlich  unmöglich

Betreuung der Person zuhause durch  Angehörige  Partner/in  Bekannte  
 Haushilfe  Spitex  Sozialarbeiter/in  Hilfswerk andere \_\_\_\_\_

Einigkeit in der Familie bezüglich Heimeintritt: \_\_\_\_\_

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Beeinträchtigungen/Behinderungen

Beweglichkeit

Gehen  mit Gehhilfe („Böckli“, Rollator)  ohne Gehhilfe  
 mit Hilfspersonen  wechselnd  selbständig  
 Fortbewegung im Rollstuhl  mit Hilfspersonen  wechselnd  selbständig  
 Transfer (z.B. Bett/Stuhl)  mit Hilfspersonen  wechselnd  selbständig

Essen  unselbständig  mit wenig Hilfe  selbständig  
 Sondernahrung  ja  nein  
 Spezielle Kost

An- und Ausziehen  unmöglich  mit wenig Hilfe  selbständig

Körperpflege  unmöglich  mit wenig Hilfe  selbständig  
 Decubitus  ja  nein

WC-Benützung  unmöglich  mit wenig Hilfe  selbständig  
 Dauerkatheter  ja  nein  
 Urininkontinenz  ja  nein  
 Stuhlinkontinenz  ja  nein

Hat die Person vor kurzem Kontakt mit einem an Noro-Virus erkrankten Menschen gehabt?  
 ja  nein

Visus  stark eingeschränkt  leicht oder normal

Gehör  stark eingeschränkt  leicht oder normal

Verständigung  unmöglich  eingeschränkt  möglich

Orientierung fehlend in  Zeit  Ort  Situation  Person

Falls die Person desorientiert ist  
 äussert sich die Desorientierung auch in massiv agitiertem Verhalten?  ja  nein

Besteht eine Weglaufgefahr?  ja  nein

ist absehbar, dass die Person stört (z.B. andere Zimmer aufsuchen?)  
 ja  nein

### RADIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG AUF LUNGENTUBERKULOSE

(Gemäss Richtlinien des Kantonsarztes betr. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen)

Datum Thorax-RX-Untersuchung innert der letzten 6 Monate \_\_\_\_\_

Hinweise für aktive Tbc  ja  nein  
 (eingeleitete Massnahmen bitte unter „Bemerkungen und Ergänzungen“ aufführen)

## BEMERKUNGEN UND ERGÄNZUNGEN

Hausarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift untersuchende/r Arzt/Ärztin

Ort/Datum \_\_\_\_\_