

zu Händen der Heimleitung Dreilinden

Wir bitten Sie, dieses Arztzeugnis durch Ihren Hausarzt ausfüllen zu lassen. Der Arzt wird es anschliessend an uns weiterleiten.

1. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum : _____ Wohnort: _____

2. Körperlicher Befund

Gewicht: _____ Kg

Grösse: _____ cm

	JA	tw	NEIN		JA	tw	NEIN
NEIN							
Schwere Sehbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fremde Hilfe nötig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Hörbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beim An- & Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bei der Körperpflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mit Stock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mit Böckli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Ess-Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Schluck-Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beim Bad/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auf der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zeitweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- vollständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- <input type="checkbox"/> tags <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Nykturie (mal)							

3. Psychischer Befund

Orientierung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unregelm. Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verwirrtheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressive od. Depressive				Soziale Kontaktfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Med. Abhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahnhaftige Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tag/Nacht-Rhythmus gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Enthemmung							
<input type="checkbox"/> herausforderndes Verhalten (Aggressionen)							
<input type="checkbox"/> sexuelle Enthemmung							

Affektstörung

depressiv affektlabil dysphorisch Angst

4. Anamnese

Patientenanamnese (Krankheiten, Unfälle, Operationen, Spitalaufenthalte – wann und wo?)

Sozial- und Familienanamnese

5. Diagnosen / Verlauf im letzten Jahr

Bestehen Krankheiten, wenn ja welche:

Sind potentiell ansteckende Krankheiten bekannt (Tbc, Hep B, HIV, etc.) ?

Ist eine ärztliche Behandlung notwendig: dauernd

zeitweise

Allergien/Unverträglichkeiten:

5. Medikamente/Diäten

Selbständige Medikamenteneinnahme: JA Nein
Medikamente:

Diät:

6. Empfehlung/Bemerkungen/Spezielle Therapien

7. Betreuung durch SPITEX:

Ja Nein SPITEX-Organisation:

Wenn ja, in welchem Ausmass und zeitlichen Rahmen:

8. Muss in absehbarer Zeit mit einer Pflegebedürftigkeit gerechnet werden?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Ausmass:

9. Die Aufnahme im Alters- und Pflegeheim scheint mir

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aktuell sehr dringend | <input type="checkbox"/> aktuell dringend |
| <input type="checkbox"/> innert ca. 6 Monaten angezeigt | <input type="checkbox"/> innert ca. 12 Monaten angezeigt |
| <input type="checkbox"/> nicht dringend | |

Ort/Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Bitte lassen Sie diesen Bericht durch den Hausarzt an folgende Adresse senden:

Vertraulich
ZENTRUM DREILINDEN
z.Hd. Heimleitung
Waldeggstrasse 15
6343 Rotkreuz