VEREIN FÜR
ALTERSSIEDLUNGEN "SONNMATT"

5432 NEUENHOF

PFLEGEABTEILUNG

## Arztzeugnis
(Durch den einweisenden Arzt auszufüllen)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse (Tel.) _____

Letzter Wohnsitz _____

z.Z. (Spital? / Heim?) _____

**Triage** (bitte leer lassen)

ärztlicher Vorentscheid _____

def. Entscheid _____

**Einweisungsgrund** _____

(Hauptdiagnosen) _____

_____

Dringlichkeit der Aufnahmen _____

**Diagnoseblatt** ankreuzen ☐

**Pathologische Befunde**
**Atmungsorgane**

Chron. Bronchitis / Asthma ☐

Lungenemphysem ☐

**Kreislauforgane**

Arteriosklerose ☐

-kardial ☐

-peripher ☐

Cerebro-vasculärer Insult ☐

Herzinsuffizienz

Hypertension

-BD-Werte _____/_____

Ulcus cruris

**Harnwege**

Harnweginfekte ☐

Prostatahypertrophie ☐

Niereninsuffizienz ☐

**Skelett**

Frakturen ☐

Arthrose ☐

Spondylose / Spondylarthrose ☐

Chron. Polyarthritis ☐

**Stoffwechsel**

Diabetes mellitus ☐

Gicht ☐

Adipositas ☐

**Nervensystem**

Multiple Sklerose ☐

Status nach Hirntrauma ☐

Epilepsie: primär / sekundär ☐

Paraplegie / Tetraplegie ☐

POS ☐

Parkinsonismus ☐

Psychosen ☐

Degen. ZNS-Erkrankungen ☐

Debilität / Demenz ☐

**Maligne Tumoren**

Med. Allergien auf ☐

_____

**Übrige diagnostische Befunde**

_____

_____

_____

_____

bitte wenden

## Art und Grad der Pflegebedürftigkeit

### Psychischer Zustand

normal ☐

reduziert: ☐

- Umwelt-Kontakt normal ☐
- Umwelt- Kontakt gestört desorientiert und verwirrt, ☐
- Verhalten ruhig ☐
- stark verwirrt und unruhig ☐
- charakterlich schwierig ☐

### Physischer Zustand

Sehschärfe beeinträchtigt ☐

- mässig ☐ stark ☐

Gehörschaden ☐

- doppelseitig ☐
- leicht ☐ schwer ☐

Sprachstörungen ☐

- Dysphasio ☐
- Dysarthrie ☐

Dysphagie ☐

- Nahrungssonde ☐

Diät nötig ☐

- püriert ☐
- Diabet. ☐
- salzarm ☐
- andere ☐

Decubitus ☐

Urininkontinenz ☐

- Dauerkatheter ☐

Stuhlinkontinenz ☐

- Anus praeter ☐

Toxicomanie ☐

- Nikotin ☐
- Alkohol ☐
- Drogen ☐

Übertragbare Krankheiten insbesondere Tbc (Verdacht) ☐

Ort und Datum: _____

### Motorische Fähigkeiten

| | selbständig | nur mit Hilfe anderer |
|---|---|---|
| gehen auf ebenem Boden | ☐ | ☐ |
| Treppen und öffentl. Verkehrsmittel benützen | ☐ | ☐ |
| braucht: *Stock, *Krücken, *Böckli, *Prothese, Gehgerät | ☐ | ☐ |
| Fahrstuhlpatient | ☐ | ☐ |
| Zubettgehen und Aufstehen | ☐ | ☐ |
| An- und Auskleiden | ☐ | ☐ |
| tägliche Körperhygiene sich waschen | ☐ | ☐ |
| Mahlzeit einnehmen | ☐ | ☐ |
| WC benützen | ☐ | ☐ |

**Dauernd bettlägerig** ja ☐ nein ☐

wichtigste anamnestische Daten und aktuelle Therapie

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ev. Zuteilungswunsch zu einem bestimmten Belegsarzt

_____

Der einweisende Arzt
(Stempel / Unterschrift)