

Arztzeugnis

Name & Vorname _____

Strasse, PLZ & Ort _____

Telefon/Handy _____

Geburtsdatum _____

Letzter Wohnsitz _____

Derzeitiger Aufenthalt Spital _____

Institution _____

andere _____

AHV-Nr. _____

Angemeldet in _____

Ferner auch in _____

Triage selbstständig pflegebedürftig

hilfsbedürftig schwer pflegeabhängig

Psychatriepatient/in

Grund der Anmeldung (Hauptdiagnose) _____

Diagnosenblatt

Atmungsorgane

- Chronische Bronchitis/Asthma
- Lungenemphysem

Kreislauforgane

- Arteriosklerose -kardial -peripher
- Cerebro-vaskulärer Insult
- Herzinsuffizienz
- Hypertension
- Ulcus cruris

Stoffwechsel

- Diabetes mellitus
- Gicht
- Adipositas

Harnwege

- Harnwegsinfekte
- Prostatahypertrophie
- Niereninsuffizienz

Nervensystem

- Multiple Sklerose
- Status nach Hirntrauma
- Epilepsie: primär/sekundär
- Paraplegie / Tetraplegie
- POS
- Parkinsonismus
- Psychosen
- Degen. ZNS-Erkrankungen
- Debität / Demenz

Skelett

- Frakturen
- Arthrose
- Spondylose / Spondylarthrose
- Chronische Polyarthritis

Tumore

- Maligne Tumore

Übrige diagnostische Befunde

Physischer Zustand

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehschärfe beeinträchtigt | <input type="checkbox"/> Salzarm |
| <input type="checkbox"/> mässig | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> Decubitus |
| <input type="checkbox"/> Gehörschäden | <input type="checkbox"/> Urininkontinenz |
| <input type="checkbox"/> doppelseitig | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> Stuhlkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Anus preaeter |
| <input type="checkbox"/> Dysphasie | <input type="checkbox"/> Toxicomanie |
| <input type="checkbox"/> Dysarthrie | <input type="checkbox"/> Nikotin |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Nahrungssonde | <input type="checkbox"/> Drogen |
| <input type="checkbox"/> Diät nötig | <input type="checkbox"/> Medikament |
| <input type="checkbox"/> Püriert | <input type="checkbox"/> übertragbare Krankheiten (Verdacht) |
| <input type="checkbox"/> Diabetiker/in | |
-

Psychischer Zustand

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

Motorische Fähigkeiten

Gehen auf ebenem Boden

- selbstständig
- nur mit Hilfe anderer

Treppen und öffentliche Verkehrsmittel

Benützen

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

Benötigt

- Stock
- Krücken
- Böckli / Rollator
- Prothese
- Gehgerät

Fahrstuhlpatient

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

Zubettgehen und Aufstehen

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

An- und Auskleiden

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

Tägliche Körperhygiene, sich waschen

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

Mahlzeit einnehmen

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

WC benützen

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

Dauernd bettlägerig? Ja Nein

Weitere Angaben: Behandlung, Medikamente, Therapie (Beilage Medi- / Therapieblatt erwünscht)

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift des
untersuchenden Arztes
