

Arztzeugnis

für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern
(der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen)

An die ärztliche Leitung

Senioren pension Waldruhe GmbH
Steinrainweg 5, 3365 Grasswil

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel.Nr. _____

Definitiver Aufenthalt: ja nein Ferienaufenthalt: ja nein weitere Heimaufenthalte: ja nein

wenn ja, wo: _____

Diagnosen

Therapie (Medikamente, Physio-, Ergo- od. Aktivierungstherapie, anderes)

Letzter Spitalaufenthalt in: _____

von: _____ bis: _____ Bitte wichtige Berichte beilegen

Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung alleine... in Begleitung... nie... ...verlassen

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf: _____

seit: _____ Rückkehr nach Hause ist: möglich wahrscheinlich unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch: Angehörige Partner Bekannte Haushilfe

Hauspflege Gemeindefrankenflege Sozialarbeiter Hilfswerk

andere: _____

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson: _____

Behinderungen

Beweglichkeit: mit Gehhilfe (z.B. "Böckli", Rollator) ohne Gehilfe

Gehen: mit Hilfsperson wechselnd selbständig

Fortbewegung im Rollstuhl: mit Hilfsperson wechselnd selbständig

Transfer (z.B. Bett/Stuhl): unselbständig 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

Dekubitus: ja nein

WC-Benützung: mit Hilfsperson wechselnd selbständig

Urininkontinenz: ja nein Dauerkatheter: ja nein

Stuhlinkontinenz: ja nein

Visus: stark eingeschränkt leicht eingeschränkt oder normal

Gehör: stark eingeschränkt leicht eingeschränkt oder normal

sprachliche Verständigung: unmöglich eingeschränkt möglich

Orientierung fehlend in: Zeit Ort Situation Person

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 nein ja (eingeleitete Massnahmen bitte unter "Bemerkungen und Ergänzungen" aufführen)

Bemerkungen und Ergänzungen

Hausarzt:

Ort/Datum

Stempel/Telefon/Unterschrift Arzt
