

# Arztzeugnis



An die **Leitung Pflege**  
des Alters- und Pflegeheim Region Aergera

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.Nr. \_\_\_\_\_

Definitiver Aufenthalt:  ja  nein      Ferientaufenthalt:  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  Gemeindepflege  Sozialarbeiter  Hilfswerk

andere: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

---

**Behinderungen**

**Beweglichkeit:**  mit Gehilfe (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

---