

Ärztliches Zeugnis für den Eintritt ins Pflegezentrum

Name/Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

- Anmeldung für
- Normale Abteilung
 - Geschlossene Demenzabteilung
 - Palliativ-Abteilung
 - Daueraufenthalt
 - Ferienaufenthalt

1. Diagnosen

.....
.....
.....

2. Grund der Überweisung ins Pflegezentrum

.....
.....
.....

3. Anamnese

.....
.....
.....

4. Aktuelle Therapie

.....
.....
.....

Ort und Datum:

Stempel/Unterschrift

Weitere Angaben

- Bettlägerig
- Decubitus
- Urin-Inkontinenz
- Dauer-Katheter
- Stuhl-Inkontinenz
- Anus praeter
- Sehbehinderung
- Hörbehinderung
- Aphasie/Sprachstörung
- Raucher

Psychischer Zustand

- normal
- Umweltkontakt gestört
- Desorientiert
- Verhalten ruhig
- Verhalten unruhig
- charakterlich schwierig
- aggressiv
- Rufen, Schreien oder ähnliches
- Weglaufgefährdet

Ernährung

- Schluckstörungen
- Magensonde
- pürierte Kost
- Diabetes-Diät

Gewicht: Grösse:

Allergien: (Medikamente, Kosmetika, Haustiere)
.....
.....
.....

Bedarf die Patientin/der Patient regelmässiger Hilfe beim:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Aufstehen/Absitzen/Abliegen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Essen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Bei der Toilettenbenutzung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Beim Gehen (Begleitung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Benutzt die Patientin/der Patient Hilfsmittel:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Böckli und/oder Rollator | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Stock | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit?

.....
.....

Ort und Datum:

Stempel/Unterschrift