

## Ärztliches Zeugnis für den Eintritt ins Pflegezentrum

Name/Vorname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum: .....

### Anmeldung für

- Pflegeabteilung**  
(Kündigungsfrist in den ersten zwei Monaten 4 Tage, danach 14 Tage)
  - Voraussichtlicher Aufenthalt bis 14 Tage**
  - Voraussichtlicher Aufenthalt länger als 14 Tage**
- geschützte Demenzabteilung**  
(Kündigungsfrist in den ersten zwei Monaten 4 Tage, danach 14 Tage)
- Hospiz**  
(Kündigungsfrist in den ersten zwei Monaten 4 Tage, danach 14 Tage)
- Ferienbett** vom .....bis.....  
(Eintritt von zu Hause - Entlastungsangebot)

### Diagnosen

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

### 1. Befunde

- **Thorax-Röntgen (nicht älter als 6 Monate):** .....
- **Wundabstrich (falls chronische Wunde):** .....

### 2. Grund / Ziel der Überweisung ins Pflegezentrum

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

### 3. Anamnese

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

### 4. Aktuelle Therapie

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

**Weitere Angaben**

- Bettlägerig
- Dekubitus
- 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:**

Erstellt 12.12.2012 / rev. 01.07.2018/ A. Hunter