

Ärztliches Zeugnis für den Eintritt ins Pflegezentrum

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Geburtsdatum _____

Diagnosen

1. Befunde

Thorax-Röntgen (nicht älter als 6 Monate): _____

Wundabstrich (falls chronische Wunde): _____

2. Grund / Ziel der Überweisung ins Pflegezentrum

3. Anamnese

4. Medikamente

5. Aktuelle Therapien

Fortsetzung auf Seite 2 >

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. Gehstock | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit?

Ort und
Datum: _____

Stempel/
Unterschrift: _____

← zurück zu Seite 1