

Arzzeugnis für Pflegeheime

(durch den einweisenden Arzt auszufüllen)

Personalien und allgemeine Angaben

Name und lediger Name _____

Vorname _____

Strasse _____

Wohnort _____

Tel.-Nr. _____

Geb.-Datum _____

Gegenwärtiger Aufenthalt

Institution (Spital Klinik etc.):

Privathaushalt

Dringlichkeit der Aufnahme: _____

Einweisungsgrund (Hauptdiagnosen) bitte in Blockschrift:

Diagnoseblatt (Zutreffendes bitte ankreuzen, nur pathologische Befunde)

Atmungsorgane

- Chron. Bronchitis / Asthma
 Lungenemphysem

Kreislauforgane

- Arteriosklerose
 - kardial
 - peripher
 Cerebro-vasculärer Insult
 Herzinsuffizienz
 Hypertonie / Hypotonie
 Ulcus cruris

Harnwege

- Harnwegsinfekte
 Prostatahypertrophie
 Niereninsuffizienz

Stoffwechsel

- Diabetes mellitus
 Gicht
 Adipositas
 Hypothyreose / Hyperthyreose

Nervensystem

- Multiple Sklerose
 Status nach Hirntrauma
 Epilepsie: primär / sekundär
 Paraplegie / Tetraplegie
 Demenz
 Parkinson
 Psychose
 Degenerative ZNS-Erkrankungen

Allgemein

- Maligne Tumoren
 Med. Allergien auf

Skelett

- Frakturen
- Arthrose
- Spondylose / Spondylarthrose
- Osteoporose
- Chronische Polyarthritis

Abusus

- Nikotin
- Alkohol
- Drogen

Übrige Befunde

Art und Grad der Pflegebedürftigkeit

- | ja | nein | Psychischer Zustand |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | normal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | reduziert |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Umwelt-Kontakt gestört |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | desorientiert und verwirrt |
| | | Verhalten ruhig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - tag |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - nacht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - stark verwirrt und unruhig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anspruchsvoll im Umgang |
| | | Kommunikation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sehschärfe beeinträchtigt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - mässig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - stark |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gehörschaden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - doppelseitig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - leicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - schwer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hörgerät |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sprachstörungen |
| | | Ernährung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nahrungssonde |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diät nötig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - püriert |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - salzarm |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - andere |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Decubitus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - vorhanden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - gefährdet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Nortonindex |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zahnprothese: oben / unten |

- | ja | nein | Motorische Fähigkeiten |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gehen auf ebenem Boden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | benötigt Stock, Krücken |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Böckli, Rollator, Prothesen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Treppen benutzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | rollstuhlabhängig |
| | | Benötigt Hilfe: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | beim Zubettgehen u. Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | beim An- u. Auskleiden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sich waschen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | WC-Benutzung |
| | | Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - vorhanden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - gefährdet |
| | | - Nortonindex |
| | | Ausscheidung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Urininkontinenz |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dauerkatheter / Cystofix |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stuhlinkontinenz |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anus praeter |

Benötigt

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Aktivierungstherapie
- Logopädie

Übertragbare Krankheiten bekannt, z.B. MRSA, Hepatitis, HIV, Tuberkulose, welche?

Datum:

Einweisender Arzt, Stempel und Unterschrift