



Arztzeugnis

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse (Tel.): _____
Letzter Wohnsitz: _____
z.Z. (Spital? / Heim?) _____
AHV-Nummer: _____
Angemeldet in: _____
ferner auch in: _____

Triage

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> pflegebedürftig |
| <input type="checkbox"/> hilfsbedürftig | <input type="checkbox"/> schwer pflegeabhängig |
| <input type="checkbox"/> Psychatriepatient | |

Einweisungsgrund (Hauptdiagnose)

Diagnoseblatt

1. Pathologische Befunde

Atmungsorgane

- Chronische Bronchitis / Asthma
 Lungenemphysem

Kreislauforgane

- Arteriosklerose
 -kardial
 -peripher
 Cerebro-vaskulärer Insult
 Herzinsuffizienz
 Hypertension
 Ulcus cruris

Harnwege

- Harnwegsinfekte
 Prostatahypertrophie
 Niereninsuffizienz

Skelett

- Frakturen
 Arthrose
 Spondylose / Spondylarthrose
 Chronische Polyarthrit

Stoffwechsel

- Diabetes mellitus
 Gicht
 Adipositas

Nervensystem

- Multiple Sklerose
 Status nach Hirntrauma
 Epilepsie: primär / sekundär
 Paraplegie / Tetraplegie
 POS
 Parkinsonismus
 Psychosen
 Degen. ZNS-Erkrankungen
 Debilität / Demenz
 Maligne Tumoren

2. Übrige diagnostische Befunde

Art und Grad der Pflegebedürftigkeit

Physischer Zustand

- Sehschärfe beeinträchtigt
 mässig
 stark
- Gehörschäden
 doppelseitig
 leicht schwer
- Sprachstörungen
 Dysphasia
 Dysarthrie
- Dysphagie
 Nahrungssonde
- Diät nötig:
 püriert
 Diabetiker/in
 salzarm
 andere
- Decubitus
- Urininkontinenz
 Dauerkatheter
- Stuhlinkontinenz
 Anus praeter
- Toxicomanie
 Nikotin
 Alkohol
 Drogen
 Medikamente
- Verdacht auf übertragbare Krankheiten

Psychischer Zustand

- normal
 reduziert
- Umwelt-Kontakt normal
 Umwelt-Kontakt gestört
 desorientiert und verwirrt, Verhalten ruhig
 stark verwirrt und unruhig
 charakterlich schwierig

Motorische Fähigkeiten

- | <i>selbständig</i> | <i>nur mit Hilfe
anderer</i> |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Gehen auf ebenem Boden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Treppen und öffentl. Verkehrsmittel
benützen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Benötigt:
<input type="checkbox"/> Stock
<input type="checkbox"/> Krücken
<input type="checkbox"/> Böckli / Rollator
<input type="checkbox"/> Prothese
<input type="checkbox"/> Gehgerät |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fahrstuhlpatient |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zubettgehen und Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> tägliche Körperhygiene, sich waschen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mahlzeit einnehmen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> WC benützen |

Dauernd bettlägerig?

- Ja
 Nein

Besonderes

über Behandlung, Medikamente, Ergotherapie, Physiotherapie:

Ort und Datum:

Der untersuchende Arzt (Stempel):