

Arztzeugnis

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse / Tel:

Wohnsitz (Schriften in):

z.Zt. (Spital/ Heim):

Triage

- selbstständig
- pflegebedürftig
- hilfsbedürftig / betreuungsbedürftig
- schwer pflegebedürftig

Einweisungsgrund

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

Dringlichkeit der Aufnahme: sehr dringend dringend vorsorglich

Diagnose (inkl. Problemliste, Allergien, etc.)

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

Aktuelle Therapie (inkl. Physiotherapie und Medikamente)

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

Bemerkungen

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

Vor dem Eintritt bitte alle wichtigen Unterlagen (Berichte, Labor, Röntgen, EKG, etc.) an:
Alters- und Pflegeheim Steinfeld, Buchserstrasse 20, 5034 Suhr

Art und Grad der Pflegebedürftigkeit

Psychischer Zustand

Wenn mit **Ja** beantwortbar, Kästchen ankreuzen

- gesund, unauffällig
- reduziert

Umweltkontakt / Kommunikation:

- normal
- gestört
- desorientiert und verwirrt, ruhig
- stark verwirrt und unruhig
- charakterlich schwierig

Physischer Zustand

Sehschärfe beeinträchtigt:

- leicht
- mässig
- stark

Gehörschaden:

- leicht
- schwer
- doppelseitig

Sprachstörung:

- Dysphasie
- Dysarthrie

Dysphagie

- ja nein
- Nahrungssonde

Diät notwendig:

- ja nein
- püriert
- Diabetes
- Andere
- Decubitus
- Urininkontinenz
- Dauerkatheter
- Stuhlinkontinenz
- Anus praeter
- Toxicomanie:
 - Nikotin
 - Alkohol
 - Drogen
- Übertragbare Krankheiten? Wenn ja, welche?

Motorische Fähigkeiten

- | Selb-
ständig | nur mit
Hilfe |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> gehen auf ebenem Boden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Treppen und ÖV benützen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zubettgehen & Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> sich waschen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mahlzeiten einnehmen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> WC benützen |

Dauernd bettlägerig:

- ja nein

Braucht:

- Stock Krücken Rollator
- Prothese Orthese

Rollstuhlpatient:

- ja nein

Besondere Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Mitgegebene Hilfsmittel (Rollstuhl, Böckli, Hörgeräte, etc.)

- Eigentum Miete von wem

Gegenstand: _____

- Eigentum Miete von wem

Gegenstand: _____

Besondere Angaben zur Person

Ort und Datum:

Der einweisende Arzt (Stempel und Unterschrift)