

Arztzeugnis

PERSONALIEN

Name/Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon:

Wohnsitz (Schriften in):

z.Zt. (Spital/Heim):

TRIAGE

selbstständig

pflegebedürftig

hilfsbedürftig/betreuungsbedürftig

schwer pflegebedürftig

EINWEISUNGSGRUND

Die/der Unterzeichnende(n) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Institution ein separater Pensionsvertrag mit der Bewohnerin/ dem Bewohner abgeschlossen wird.

DRINGLICHKEIT DER AUFNAHME

sehr dringend

dringend

vorsorglich

DIAGNOSE (inkl. Problemliste, Allergien etc.)

Die/der Unterzeichnende(n) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Institution ein separater Pensionsvertrag mit der Bewohnerin/ dem Bewohner abgeschlossen wird.

AKTUELLE THERAPIE (inkl. Physiotherapie und Medikamente)

Die/der Unterzeichnende(n) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Institution ein separater Pensionsvertrag mit der Bewohnerin/ dem Bewohner abgeschlossen wird.

BEMERKUNGEN

Die/der Unterzeichnende(n) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Institution ein separater Pensionsvertrag mit der Bewohnerin/ dem Bewohner abgeschlossen wird.

ART UND GRAD DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Vor dem Eintritt bitte alle wichtigen Unterlagen (Berichte, Labor, Röntgen, EKG etc.) einsenden.

DETAILS (wenn mit JA beantwortbar, Kästchen ankreuzen)

Psychischer Zustand

gesund, unauffällig

reduziert

Umweltkontakt/Kommunikation

normal

gestört

desorientiert und verwirrt, ruhig

stark verwirrt und unruhig

charakterlich schwierig

Physischer Zustand
Sehschärfe beeinträchtigt

leicht

mässig

stark

Gehörbeeinträchtigung

leicht

schwer

doppelseitig

Sprachstörung

Dysphasie

Dysarthrie

Disphagie

ja

nein

Nahrungssonde

Diät notwendig

ja

nein

püriert

Diabetes

Toxicomanie

Nikotin

Alkohol

Drogen

Anderes

Decubitus

Dauerkatheter

Urininkontinenz

Anus praeter

Stuhlinkontinenz

übertragbare Krankheiten, welche?

Motorische Fähigkeiten
selbständig
nur mit Hilfe

gehen auf ebenen Böden

Treppen, ÖV benützen

Zubettgehen, Aufstehen

An- und Auskleiden

sich waschen

Mahlzeiten einnehmen

WC benützen

dauernd bettlägerig

ja

nein

braucht

Stock

Krücken

Rollator

Prothese

Orthese

Rollstuhlpatient

ja

nein

Besondere Angaben zur Pflegebedürftigkeit
Mitgegebene Hilfsmittel (Rollstuhl, Hörgeräte etc.)

Gegenstand

Eigentum

Miete von

Gegenstand

Eigentum

Miete von

Besondere Angaben zur Person
Einweisender Arzt

Ort, Datum

Stempel &

Unterschrift

Mit dem elektronischen Absenden bestätigen Sie die Richtigkeit der Daten auf dem Formular. Alternativ können Sie das Dokument ausdrucken, unterschreiben und uns per Email oder Post senden.

Drucken

 Senden an steinfeld@hin.ch