

Arztzeugnis

für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern

Der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ Plz Ort _____
Geburtstag _____ Telefon _____

Definitiver Aufenthalt: Ja Nein Ferienaufenthalt: Ja Nein

Weitere Heimanmeldungen: Nein Ja wenn ja, wo: _____

Diagnosen

Therapie (Medikamente, Physio-, Ergo- Aktivierungstherapie, anderes)

Letzter Spitalaufenthalt, wo: _____

von: _____ bis: _____ Bitte wichtige Berichte beilegen

Soziale Situation

Der Patient kann seine Wohnung allein in Begleitung nie verlassen

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf: _____

seit: _____ Rückkehr nach Hause möglich wahrscheinlich unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch: Partner Angehörige Bekannte

Hauspflege Gemeindecrankenschwester Haushilfe Sozialarbeiter

Hilfswerk andere: _____

Name / Adresse der wichtigsten Bezugsperson:

Behinderungen

Beweglichkeit:

Gehen:

- mit Gehhilfe (z.B. „Böckli“, Rollator...) ohne Gehhilfe
 mit Hilfsperson wechselnd selbständig

Fortbewegung im Rollstuhl:

- mit Hilfsperson wechselnd selbständig

Transfer (z. B. Bett/Stuhl):

- unselbständig wechselnd selbständig

Essen:

- unselbständig mit wenig Hilfe selbständig

Sondernahrung:

- Ja Nein

Spezielle Kost:

An- und Ausziehen:

- unmöglich mit wenig Hilfe selbständig

Körperpflege:

- unmöglich mit wenig Hilfe selbständig

Decubitus:

- Ja Nein

WC-Benützung:

- unmöglich mit wenig Hilfe selbständig

Urininkontinenz:

- Ja Nein

Dauerkatheter: Ja Nein

Stuhlinkontinenz:

- Ja Nein

Visus:

- stark eingeschränkt leicht eingeschränkt oder normal

Gehör:

- stark eingeschränkt leicht eingeschränkt oder normal

Sprachliche Verständigung:

- unmöglich eingeschränkt möglich

Orientierung fehlend in:

- Zeit Ort Situation Person

Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose

Gemäss Richtlinien des Kantonsarztes betr. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen

Datum Thorax-RX-Untersuchung innert der letzten 6 Monate _____

Hinweise für aktive Tbc Nein

Ja (eingeleitete Massnahmen bitte unter „Bemerkungen und Ergänzungen“ aufführen.)

Bemerkungen und Ergänzungen

Hausarzt: _____

Stempel / Telefon / Unterschrift
des untersuchenden Arztes:

Ort / Datum