

Arztzeugnis zur Eintrittsabklärung

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Dort wohnhaft seit: _____

Diagnosen

Hauptdiagnosen: (Gründe für Pflegebedürftigkeit)

Nebendiagnosen:

Suchtkrankheiten:

Anamnese

Eintrittsgrund:

Ist der Pensionär orientiert JA NEIN

Ist der Pensionär einverstanden JA NEIN

Kommt der Pensionär auf eigenen Wunsch JA NEIN

Betreuungs- und pflegerischer Aufwand

Bewegung	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> Nicht beeinträchtigt
Aktivität/Fortbewegung	<input type="checkbox"/> Hilfe beim Aufsetzen/Gehen <input type="checkbox"/> geht allein aber wenig	<input type="checkbox"/> bettlägerig/Bettruhe <input type="checkbox"/> geht regelmässig
Mobilität	<input type="checkbox"/> vollständig immobil <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> vollständig mobil
Gangbild verändert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sturzereignis?	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein
Erschöpfung?	<input type="checkbox"/> keine Eigenaktivität <input type="checkbox"/> einzelne umfangreichere Akt.	<input type="checkbox"/> kleine Aktivitäten möglich <input type="checkbox"/> ausreichend Kraft/Energie
Körperpflege und Kleiden	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> Nicht beeinträchtigt
Sich waschen	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung <input type="checkbox"/> selbständig
Duschen	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung <input type="checkbox"/> selbständig
Baden	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung <input type="checkbox"/> selbständig
Sich ankleiden	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung <input type="checkbox"/> selbständig
Ernährung	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> Nicht beeinträchtigt
Essen	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung <input type="checkbox"/> selbständig
Trinken	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung <input type="checkbox"/> selbständig
Diät	<input type="checkbox"/> Ja,	<input type="checkbox"/> Nein
Übelkeit	<input type="checkbox"/> starke Übelkeit <input type="checkbox"/> mittelstarke Übelkeit	<input type="checkbox"/> leichte Übelkeit <input type="checkbox"/> keine Übelkeit
Ausscheidung	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> Nicht beeinträchtigt
Urinausscheidung	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung <input type="checkbox"/> selbständig
Kontrolle über Urinausscheidung	<input type="checkbox"/> ständig inkontinent <input type="checkbox"/> selten inkontinent	<input type="checkbox"/> häufig inkontinent <input type="checkbox"/> inkontinent
Stuhlausscheidung	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung <input type="checkbox"/> selbständig
Kontrolle über Stuhlausscheidung	<input type="checkbox"/> ständig inkontinent <input type="checkbox"/> selten inkontinent	<input type="checkbox"/> häufig inkontinent <input type="checkbox"/> inkontinent
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Colostoma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kognition, Bewusstsein	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> Nicht beeinträchtigt
Schlaf	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> Nicht beeinträchtigt
Ein-/Durchschlafen gestört?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaf-Wach-Rhythmus gestört?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Psychischer Zustand	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> Nicht beeinträchtigt
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weglaufgefährdet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verwirrt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Agressiv?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Kommunikation/Interaktion	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> Nicht beeinträchtigt
Wird eine Brille benötigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wird ein Hörgerät benötigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sprachlich beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bemerkungen:

Datum: _____

Unterschrift und Stempel des Arztes