

Ärztliches Zeugnis

Bitte in Blockschrift ausfüllen:

Personalien des Bewohners:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

PLZ / Wohnort:

Strasse / Nr.:

Aktivitäten:

u = unabhängig

t = teilweise unabhängig

a = abhängig (zutreffend bitte ankreuzen)

Körperpflege / Kleiden:

	u	t	a
Waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus - und Anziehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blasen und Darmmanagement:

	u	t	a
Blasenentleerung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel:			
Darmentleerung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel:			

Bewegen:

	u	t	a
Gehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Gehstock
Weitere Hilfsmittel:			

Atmen: **u** **t** **a**

Atmen:

Hilfsmittel:.....

Ernährung: **u** **t** **a**

Essen:

Trinken:

Diät / Spezielles:

Kommunikation: **u** **t** **a**

Sprechen:

Sehen:

Hören:

Hilfsmittel:.....

Geistig / Emotional:

Orientierung: örtlich nein ja
zeitlich nein ja
situativ nein ja

Emotional: ausgeglichen nein ja
aggressiv nein ja
depressiv nein ja

Verbände:

Wundverband: nein ja

Wenn ja, welche?.....

Infektionskrankheiten:

Krankheiten: nein ja

Wenn ja, welche?.....

Ärztliche Diagnose:

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

Medikamente:

Anwendung	morgens	mittags	abends	nachts
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				

Patientenverfügung:

Beim Arzt hinterlegt?

nein

ja

.....

Ort und Datum

.....

Stempel und Unterschrift des Arztes