



Arztzeugnis

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Genauere Adresse

Gegenwärtiger Aufenthaltsort

Einweisungsgrund (Hauptdiagnosen) Blockschrift

Dringlichkeit der Aufnahme

Diagnoseblatt

Atmungsorgane (pathologische Befunde)

Chron. Bronchitis / Asthma
Lungenemphysem

Kreislauforgane (pathologische Befunde)

Arteriosklerose
- kardial
- peripher
Cerebro-vaskulärer Insult
Herzinsuffizienz
Hypertonie / Hypotonie
Ulcus cruris
- BD Werte

Harnwege (pathologische Befunde)

Harnwegsinfekte
Prostatahypertrophie
Niereninsuffizienz

Skelett (pathologische Befunde)

Frakturen
Arthrose
Spondylose / Spondylarthrose
Chron. Polyarthrit

Stoffwechsel (pathologische Befunde)

Diabetes mellitus
Gicht
Adipositas
Hypothyreose / Hyperthyreose

Nervensystem (pathologische Befunde)

Multiple Sklerose
Status nach Hirntrauma
Epilepsie: primär / sekundär
Paraplegie / Tetraplegie
Demenz
Parkinsonismus
Psychosen
Degenerative ZNS-Erkrankungen

Maligne Tumoren
Med Allergien auf

Übrige diagnostische Befunde

bitte wenden



Art und Grad der Pflegebedürftigkeit, bitte durch Pflegefachperson ausfüllen

	Ja	Nein		selbständig	mit Hilfe
Psychischer Zustand			Motorische Fähigkeiten		
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehen auf ebenem Boden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduziert:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Braucht Stock ; Krücken,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umwelt-Kontakt gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Böckli, Rollator, Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorientiert und verwirrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zutreffendes unterstreichen		
Verhalten ruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treppen benützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rollstuhlpatient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Stark verwirrt und unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zubettgehen und Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anspruchsvoll im Umgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			WC benützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehschärfe beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mahlzeit einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mässig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dauernd bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gehörschaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
doppelseitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktuelle Therapie und Medikamente zur Zeit		
schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Zahnprothese oben unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

Nahrungssonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

Diät nötig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Püriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Salzarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Dekubitus			_____		
vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
gefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Norton Index					
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benötigt: Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	
			Aktivierungstherapie	<input type="checkbox"/>	
			Logotherapie	<input type="checkbox"/>	
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Anus Praeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Abusus			Der einweisende Arzt (Stempel und Unterschrift)		
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Übertragbare Krankheit bekannt z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose Welche?			Datum		