

Arztzeugnis

Personalien

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Zivilstand _____

Anamnese

Diagnose

Aktuelle Therapie

Medikamente

Verordnungen

Frühere Heim- / Klinikaufenthalte

Orientierung

In Bezug auf eigene Person ja nein

In Bezug auf Ort ja nein

In Bezug auf Zeit ja nein

(bitte wenden)

Ernährungszustand

Spitex-Betreuung

im Haushalt ja nein Welche? _____
in der Pflege ja nein Welche? _____

Hilfs- und Pflegebedürftigkeit

Hilfe beim An- / Ausziehen ja nein teilweise
Hilfe bei Körperpflege ja nein teilweise
Hilfe bei der Mobilisation ja nein teilweise
Hilfe beim Essen ja nein teilweise
Besteht Inkontinenz ja nein teilweise

Hilfsmittel

Rollator ja nein
Rollstuhl ja nein
Andere ja nein Welche? _____

Psychisches und soziales Verhalten bei demenzieller Entwicklung

Uhrentest Resultat und Datum _____
Mini-Mental-Status inkl. Uhrentest Resultat und Datum _____

Eine Anmeldung für das Alters- und Gesundheitszentrum ist

dringend nicht dringend

Empfohlene Platzierung

Haus Oberdorf Haus Ruggacker
 Geschützter Wohnbereich (Demenz) Seniorenresidenz
 Pflegewohnung Ferienzimmer
 Tageszentrum, Anzahl Tage _____

Bemerkungen

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift