

Arztzeugnis z.Hd. AGZ

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Wenn verheiratet auch Frauenname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

Anamnese

Diagnose

Aktuelle Therapie

Medikamente

Verordnungen

Frühere Heim-/Klinikaufenthalte

Orientierung

In Bezug auf..... eigene Person Ja Nein

Ort..... Ja Nein

Zeit..... Ja Nein

Ernährungszustand:

Spitexbetreuung: Ja Nein

Wenn ja, welche Dienste:

Hilf- und Pflegebedürftigkeit

- Hilfe beim An- und Ausziehen Ja Nein
- Hilfe bei Körperpflege Ja Nein
- Hilfe bei der Mobilisation Ja Nein
- Hilfe beim Essen Ja Nein
- Besteht Inkontinenz Ja Nein

Hilfsmittel

- Stock/Rollator Ja Nein
- Rollstuhl Ja Nein
- Andere Ja Nein
-

Psychisches und soziales Verhalten Bei demenzieller Entwicklung

Mini-Mental-Status: <20 <10 Punkte

Eine Aufnahme ins Alters- und Gesundheitszentrum ist

- Dringend Nicht dringend

Empfohlene Platzierung

- Pensionärabteilung Pflegeabteilung Ferienaufenthalt
- Tageszentrum für Aufenthalt tageweise siehe unten
- Seniorenresidenz Ruggacker 2 (Studios erst ab 2012 bezugsbereit)
-

Fragen Tageszentrum (nur beantworten, wenn Eintritt ins Tageszentrum)

Anzahl Besuche pro Woche
 1 Tag 2 Tage 3 Tage 4 Tage 5 Tage

Worauf muss bei der Betreuung speziell geachtet werden?

Bemerkungen

Ort /Datum _____ Name Arzt: _____ Stempel / Unterschrift _____