

Arztzeugnis

Für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern
Der Anmeldung in verschlossenem Umschlag beilegen

An die ärztliche Leitung (Name des Spitals, des Heimes, der Institution)

| | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---|
| Name/Vorname: | | | |
| Geburtsdatum: | | Telefon: | |
| Strasse/Nr.: | | PLZ/Wohnort: | |
| Definitiver Aufenthalt: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ferienaufenthalt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Weitere Heimanmeldungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wo: |

Diagnosen

Therapie (Medikamente, Physio- Ergo- Aktivierungstherapie, anderes)

Medikamente siehe Beilage, Physio- Ergo- Aktivierungstherapie

Letzter Spitalaufenthalt, wo: Siloah AG, BESAS

von: bis: Austrittsdatum unbekannt Bitte wichtige Berichte beilegen

Soziale Situation

Der Patient/ die Patientin kann seine/ihre Wohnung allein in Begleitung nie verlassen

Wo hält sich der Patient zur Zeit auf: Siloah AG, BESAS

seit: Rückkehr nach Hause: möglich wahrscheinlich unmöglich

Betreuung des Patienten zu Hause durch: Partner Angehörige Bekannte

Hauspflege Haushilfe Hilfswerk Gemeindecrankenpflege Sozialarbeiter

Andere:

Name/Adresse der wichtigsten Bezugsperson: siehe Beilage

Behinderungen

Beweglichkeit

Gehen: mit Gehhilfe (z.B. «Böckli», Rollator etc.) ohne Gehhilfe

mit Hilfsperson wechselnd selbständig

Fortbewegung im Rollstuhl: mit Hilfsperson wechselnd selbständig

Transfer (z.B. Bett/Stuhl): unselbständig wechselnd selbständig

| | | | |
|----------------------------------|--|---|--|
| <i>Essen</i> | <input type="checkbox"/> unselbständig | <input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Sondernahrung: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Spezielle Kost: | | | |
| <i>An- und Ausziehen</i> | <input type="checkbox"/> unmöglich | <input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe | <input type="checkbox"/> selbständig |
| <i>Körperpflege</i> | <input type="checkbox"/> unmöglich | <input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Decubitus: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| <i>WC-Benützung</i> | <input type="checkbox"/> unmöglich | <input type="checkbox"/> mit wenig Hilfe | <input type="checkbox"/> selbständig |
| Urininkontinenz: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Dauerkatheter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Stuhlinkontinenz: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| <i>Visus</i> | <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt | <input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal | |
| <i>Gehör</i> | <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt | <input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt oder normal | |
| <i>Sprachliche Verständigung</i> | <input type="checkbox"/> unmöglich | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> möglich |
| <i>Orientierung fehlt in</i> | <input type="checkbox"/> Zeit | <input type="checkbox"/> Ort | <input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> Person |

Radiologische Untersuchung auf Lungentuberkulose

Gemäss Richtlinien des Kantonsarztes betr. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung in Alters- und Pflegeheimen

Datum Thorax-RX-Untersuchung innert der letzten 6 Monate:

Hinweise für aktive Tbc nein ja (eingeleitete Massnahmen bitte unter «Bemerkungen und Ergänzungen» auf-
führen)

Bemerkungen und Ergänzungen

Hausarzt: siehe Beilage

Telefon des untersuchenden Arztes:

Ort/Datum:

Unterschrift des untersuchenden Arztes

Stempel