

## Arztzeugnis

Name & Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ & Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Handy \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Letzter Wohnsitz \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt  Spital \_\_\_\_\_

Institution \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Angemeldet in \_\_\_\_\_

Ferner auch in \_\_\_\_\_

Triage  selbstständig  pflegebedürftig

hilfsbedürftig  schwer pflegeabhängig

Psychatriepatient/in

Grund der Anmeldung (Hauptdiagnose) \_\_\_\_\_

## Diagnosenblatt

### Atmungsorgane

- Chronische Bronchitis/Asthma
- Lungenemphysem

### Kreislauforgane

- Arteriosklerose -kardial -peripher
- Cerebro-vaskulärer Insult
- Herzinsuffizienz
- Hypertension
- Ulcus cruris

### Stoffwechsel

- Diabetes mellitus
- Gicht
- Adipositas

### Harnwege

- Harnwegsinfekte
- Prostatahypertrophie
- Niereninsuffizienz

## Nervensystem

- Multiple Sklerose
- Status nach Hirntrauma
- Epilepsie: primär/sekundär
- Paraplegie / Tetraplegie
- POS
- Parkinsonismus
- Psychosen
- Degen. ZNS-Erkrankungen
- Debität / Demenz

## Skelett

- Frakturen
- Arthrose
- Spondylose / Spondylarthrose
- Chronische Polyarthrit

## Tumore

- Maligne Tumore

## Übrige diagnostische Befunde

---

### Physischer Zustand

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehschärfe beeinträchtigt              | <input type="checkbox"/> Salzarm                             |
| <input type="checkbox"/> mässig                                 | <input type="checkbox"/> Andere                              |
| <input type="checkbox"/> stark                                  | <input type="checkbox"/> Decubitus                           |
| <input type="checkbox"/> Gehörschäden                           | <input type="checkbox"/> Urininkontinenz                     |
| <input type="checkbox"/> doppelseitig                           | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter                       |
| <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> Stuhlkontinenz                      |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung                          | <input type="checkbox"/> Anus praeter                        |
| <input type="checkbox"/> Dysphasie                              | <input type="checkbox"/> Toxicomanie                         |
| <input type="checkbox"/> Dysarthrie                             | <input type="checkbox"/> Nikotin                             |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie                              | <input type="checkbox"/> Alkohol                             |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsonde                           | <input type="checkbox"/> Drogen                              |
| <input type="checkbox"/> Diät nötig                             | <input type="checkbox"/> Medikament                          |
| <input type="checkbox"/> Püriert                                | <input type="checkbox"/> übertragbare Krankheiten (Verdacht) |
| <input type="checkbox"/> Diabetiker/in                          |  |
-

## Psychischer Zustand

- normal
- Reduziert
  - Umwelt-Kontakt normal
  - Umwelt-Kontakt gestört
  - desorientiert und verwirrt, Verhalten ruhig
  - stark verwirrt und ruhig
  - charakterlich schwierig

## Motorische Fähigkeiten

Gehen auf ebenem Boden

- selbstständig
- nur mit Hilfe anderer

Treppen und öffentliche Verkehrsmittel

Benützen

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

Benötigt

- Stock
- Krücken
- Böckli / Rollator
- Prothese
- Gehgerät

Fahrstuhlpatient

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

Zubettgehen und Aufstehen

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

An- und Auskleiden

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

Tägliche Körperhygiene, sich waschen

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

Mahlzeit einnehmen

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

WC benützen

- Selbständig
- nur mit Hilfe anderer

**Dauernd bettlägerig?**  Ja  Nein

**Weitere Angaben: Behandlung, Medikamente, Therapie (Beilage Medi- / Therapieblatt erwünscht)**

---

---

---

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift des  
untersuchenden Arztes

---

---