

Pflegezentrum Rotacher
Telefon: 044 835 71 71
Fax: 044 835 71 77

Ärztliches Zeugnis

Allgemeine Informationen aus den grundsätzlichen Bestimmungen des Pflegezentrums (Art. 6):
*Schwer verhaltensgestörte Personen können nicht aufgenommen werden. Über die Aufnahme
Entscheidet die Geschäftsleitung. Nosokomiale Infektionen sind unter Punkt 3 aufzuführen.*

1. Personalien

Name:Vorname:Geb.datum:

Konfession:Zivilstand:

Hausarzt bzw. nachbehandelnder Arzt Name:.....

Praxisort:.....Tel.Nr.:.....

2. Anamnese

.....
.....
.....
.....

3. Wichtigste Befunde / Diagnostik

.....
.....
.....
.....

4. Aktuelle Diagnosen / Einweisungsgrund

.....
.....
.....
.....
.....

5. Behandlung

Medikamente

Name	Form	Dosierung

Antikoagulation nein ja mit.....
 Sauerstoff nein ja l/min.....Std / Tag

Allergien nein ja, auf.....

Diät nein ja.....

Physiotherapie nein ja, Ziel:.....

Wunden / Decubiti nein ja: Lokalisation.....

Klassifikation.....

Behandlung.....

6. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Mobilität selbständig mit Hilfe..... (Anzahl Personen) bettlägerig

Hilfsmittel nötig nein ja,.....

Körperpflege selbständig Hilfe nötig vollkommen abhängig

Ausscheidung Urin selbständig Urininkontinenz DK / Zystofix
 Stuhl selbständig Stuhlinkontinenz Anus präter

Ernährung selbständig mit Hilfe Magensonde (percutan)

Zusätzliche Angaben:.....

.....

.....

Soziale Kontakte:.....

.....

7. psychischer Zustand

Psychische Erkrankung

nein ja, welche.....

Orientierung

Zeitlich ja nein.....

Örtlich ja nein.....

Autopsychisch ja nein.....

Verhalten

ruhig ja nein, Unruhe äussert sich in

Weglaufgefährdet nein ja Tag Nacht
Bewegungsdrang nein ja Tag Nacht
Schreien, Rufen..... nein ja Tag Nacht

Aggressives Verhalten nein ja Selbstgefährdung Fremdgefährdung
 weder Fremd- noch Selbstgefährdung

In welchen bekannten Situationen reagiert der Patient aggressiv und wie äussert sich dies?

.....
.....
.....

Andere Auffälligkeiten:

.....

Die Anmeldung ist sehr dringend dringend vorsorglich

Der Bewohner ist über die Anmeldung orientiert ja nein

.....
Ort / Datum

.....
Stempel / Unterschrift / Tel.-Nr.